



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum  
Avdeling for folkehelsefag  
**4AVS305**

Silje L. Holter og Ahmad F. Noorzai  
Veileder: Harald Holst

Vennligst ikke tving meg

Please do not make me

Bachelor i sykepleie, 6. semester

Antall ord: 10 856

2012

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

## **Dement med gode minner**

Demensen har krøpet inn i din hjerne, din hjerne smulder opp.

Svakere og svakere er denne hjernen som sitter på din kropp.

Sakte men sikkert forsvinner du vekk.

Til slutt er du helt vekk.

Din kropp lever men det gjør ikke du.

Men inni dette gamle kadaver, lever ennå vakre enklaver.

Minner fra din barndom, fra din ungdom og livet som var.

Det spiller ingen rolle om det er mandag eller torsdag

Alle dager er like.

Men minner spiller en rolle.

Minner er en glede.

Derfor skrev jeg det fine brevet.

Hvem du er

Hva du liker

Så håper jeg at de som passer på deg nå kan forstå

Hvem du er som lever på hjemmet der du er nå

Må det fins noen engler som våker over deg

La alle være snille mot deg

La ingen skade deg

La ingen såre deg

La varme hender verne om deg

La resten av den korte tiden du har igjen være god for deg.

Skrevet av yrlaes, 2010

## **Innholdsfortegnelse**

1.0 Innledning.....	5
1.1 Presentasjon av tema og problemstilling .....	5
1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling.....	5
1.3 Avgrensing og presisering av problemstillingen .....	7
1.4 Avklaring av sentrale begreper .....	8
1.5 Oppbygning av oppgaven.....	9
2.0 Metodedel.....	10
2.1 Litteratursøk.....	10
2.2 Artikkelsøk .....	10
2.3 Kildekritikk.....	11
3.0 Teoridel .....	13
3.1 Sykepleierens rolle i psykisk helsevern.....	13
3.2 Demens .....	13
3.2.1 Frontallappdemens (FLD).....	14
3.3 Jan Kåre Hummelvoll .....	15
3.4 Sykepleier-pasient-fellesskapet .....	16
3.4.1 Forberedelsesfasen .....	17
3.4.2 Orienteringsfasen .....	19
3.4.3 Arbeidsfasen.....	22
4.0 Drøfting .....	26
4.1 Sykepleier-pasient-fellesskapet .....	26
4.1.1 Forberedelsesprosessen .....	27
4.1.2 Det første møtet.....	29
4.1.3 Å være problemløsende.....	31
5.0 Konklusjon .....	34
6.0 Referanseliste .....	35

Vedlegg I, Registreringsskjema for atferd .....	37
Vedlegg II, Evalueringsskjema .....	38
Vedlegg III, Hummelvoll, J.K. (2012) Helt – ikke stykkevis og delt .....	39

## **1.0 Innledning**

Gjennom sykepleiestudiet og praksis har vi fått erfaring med å arbeide med psykisk helsearbeid i spesialisthelsetjenesten. Oppgaven handler om å finne svar på hvordan nyutdannede sykepleiere kan forebygge situasjoner, som kan føre til utfordrende atferd hos pasienter med frontallappdemens (FLD). Målet med dette er å redusere bruk av fysisk tvang. I bacheloroppgaven vil vi besvare en problemstilling vi mener er realistisk og aktuell i alderspsykiatrien slik vi kjenner den.

Oppgaven er et litteraturstudie og er forankret i en helhetlig og eksistensiell-humanistisk tenkning, selv om dette ikke er den mest dominerende tilnærmingen for tiden – gitt den vekt som legges på diagnostisering, standardisering av prosedyrer med manualisering og generaliserte behandlingsformer som er evidensbasert (Hummelvoll, 2012). Kartleggings- og tilnæringsmetoden vi trekker frem er sykepleier-pasient-felleskapet, og derigjennom fokuserer vi på kommunikasjon som et hjelpemiddel for å forebygge utfordrende atferd hos pasienter med FLD.

### **1.1 Presentasjon av tema og problemstilling**

Tema for oppgaven er bruk av tvang i sykepleie til pasienter med FLD. Med dette som utgangspunkt har vi formulert følgende problemstilling:

*Hvordan kan nyutdannede sykepleiere, gjennom sykepleier-pasient-felleskapet, forebygge bruk av fysisk tvang hos pasienter med frontallappdemens?*

Vi vil belyse hvordan de som utøver sykepleie til pasienter som lider av FLD kan forebygge og redusere utfordrende situasjoner for pasienter og personalet.

### **1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling**

Grunnen til at vi ønsker å skrive om tvang innen demensomsorgen er i første rekk for å tilegne oss mer kunnskap om denne pasientgruppen, og hvordan vi som nyutdannede kan forebygge deres atferdsproblematikk. I tillegg kan vi legge frem våre eventuelle funn til andre studenter, sykepleiere eller andre personer som interesserer seg for problemstillingen vi ønsker å belyse. Pasienter med demens er en pasientgruppe vi kjenner til fra tidligere praksisperioder i sykepleiestudiet. Her har vi erfart at pasienter med FLD blir utsatt for fysisk tvang i form av

for eksempel holding, medisinerings mot deres vilje og innlåsing på rom på grunn av uakseptabel atferd. Det har vekket vår interesse å se på hvordan vi som fremtidige sykepleiere kan møte denne problematikken, for å redusere bruk av fysisk tvang til disse pasientene.

Begrunnelse fra pasientperspektiv:

Atferdsproblematikken hos pasienter med frontallappdemens kan komme i konflikt med andre pasienter og helsepersonell på grunn av deres væremåte, som kan føre til mange utfordrende situasjoner for dem. Pasienter med frontallappdemens har ingen innsikt i egen situasjon, og er ikke i stand til å ta vare på seg selv. Dette forutsetter at sykepleierne viser forståelse for pasientens situasjon, og gir helhetlig sykepleie. Pasienter med frontallappdemens kan ha en væremåte som gjør at de lett kan bli utsatt for tvang, og forskning viser at grensen mellom frivillighet og tvang er uklar. Videre viser forskningen at det å etablere tillitsfulle relasjoner til pasientene er en måte å redusere tvang, og øke frivillighet og samarbeid på (Hem, Gjerberg, Pedersen & Førde, 2010).

Begrunnelse fra sykepleierperspektiv:

En forutsetning for at sykepleiere skal kunne utøve helsehjelp til pasienter med frontallappdemens, er at de må ha toleranse og respekt ovenfor deres atferdproblematikk, noe som kan være utfordrende. Florence Nightingale sa at kjernen i den moderne sykepleie er kunnskap, og at evnen til å observere er sykepleiens lærdom (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2005). For at sykepleierne skal kunne øke sin forståelse for pasienten, må også nivået på fagkunnskap heves, noe som igjen vil føre til faglig forsvarlig sykepleie.

Begrunnelse fra et samfunnsperspektiv:

Pasienter med frontallappdemens har i liten grad evnen til å passe inn i miljøet rundt seg. Derfor er det viktig at miljøet/avdelingene hvor pasientene oppholder seg må være tilrettelagt deres behov. I følge helse- og omsorgsdepartementet (demensplanen 2015) er det om lag 66 000 personer med demens i Norge i dag. Dersom forekomsten av demenssykdommer holder seg på et nivå tilsvarende dagens utvikling, vil antallet personer med demens innen 2040 være fordoblet, til omkring 135 000 personer. Vi mener at disse tallene setter et perspektiv på fremtiden som sier noe om hvilke krav til kompetanse fremtidens helsepersonell

settes ovenfor når det gjelder denne pasientgruppen. Forskning viser at 45 % av demente pasienter i skjermede avdelinger blir utsatt for minst ett tvangstiltak i løpet av en uke. Vanligst er fysisk tvang i forbindelse med medisinske undersøkelser, ved hjelp med ADL (Activities of Daily Living) og episoder med aggressiv atferd. I 65 % av tilfellene foreligger ikke dokumentasjon av tvangsbruken (Kirkevold, 2005).

### **1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen**

I denne oppgaven fokuserer vi på hvordan nyutdannede sykepleiere kan forebygge bruk av fysisk tvang. Grunnen til at vi velger nyutdannede sykepleiere er fordi vi er snart er ferdig utdannet selv. I tillegg belyser Hummelvoll (2004) forskjeller på det å være erfaren og uerfaren sykepleier i psykiatrisk sykehus. Vi har også erfart at overgangen fra skole til jobb i psykisk helsevern kan være utfordrende med liten praktisk erfaring, tross for et godt teoretisk grunnlag.

Som sykepleieteoretiker velger vi Jan Kåre Hummelvoll (2004) og vi trekker frem hans teori og definisjon på psykiatrisk sykepleie, samt sykepleier-pasient-fellesskapet som vi mener er relevant til problemstillingen.

Med demens som samlebegrep fokuserer vi på pasientgruppen med frontallappdemens som er innlagt i alderspsykiatrisk avdeling på psykiatrisk sykehus. Forfattere bruker ulike begreper når frontallappdemens omtales, i likhet med Hummelvoll (2004) benytter vi formen frontallappdemens (FLD) i oppgaven. I tillegg til vanlige symptomer på demens kan denne gruppen ofte ha utagerende atferd, og fordi atferden ikke er akseptabel i omgivelsene, kan de lett bli utsatt for tvang. Vi legger vekt på hvordan nyutdannede sykepleiere kan benytte seg av sykepleier-pasient-fellesskapet om en metode for å kunne tilnærme seg pasienter med utagerende atferd. Dette for å forebygge situasjoner som utløser atferdsproblematikk, for igjen å redusere bruk av tvang. Vi fokuserer på kommunikasjon som verktøy, og vi vil eksemplifisere hvordan kunnskap og erfaring omkring dette påvirker sykepleierens handlinger.

I oppgaven trekker vi frem de tre første fasene av sykepleier-pasient-fellesskapet, da vi anser disse som mest relevant for problemstillingen, den siste fasen (avslutningsfasen) vil derfor ikke bli presentert.

Vi kommer ikke til å vektlegge etiske utfordringer som kan oppstå i forbindelse med bruk av tvang, selv om vi er bevisst på at dette er et viktig aspekt, og at sykepleierne er underlagt yrkesetiske retningslinjer. Det vektlegges heller ikke lovverket som regulerer psykisk helsevern. Bruk av medikamenter som en del av behandlingen til pasienter med FLD, setter vi ikke i fokus, da oppgavens omfang forutsetter prioriteringer. Vi tar heller ikke for oss samarbeid med pårørende, selv om vi erkjenner at de er en viktig støttespiller.

I oppgaven skriver vi ut ifra et generelt grunnlag i forhold til pasienter med frontallappdemens. Vi benytter oss av eksempler fra praksis, men anonymiserer dette slik at personer ikke kan gjenkjennes, uavhengig av avdeling, sted eller tid. Dette for å overholde anonymiseringsplikten. Ved eksempler vil vi omtale personen som ”pasient”, uten å legge vekt på et spesifikt kjønn.

#### **1.4 Avklaring av sentrale begreper**

**Alderspsykiatri** er en spesialisert form for psykiatri som har som mål å utrede, diagnostisere og behandle eldre med psykiske lidelser. Det kjennetegnes ved at sykdommen opptrer i høy alder, over 65 år. Alderspsykiatri omfatter ikke å gi langtidsomsorg i sykehusavdelinger, denne skal tilbys i egen bolig eller i sykehjem. Definisjonen kan ikke oppfattes som absolutt, men som retningsgivende. Fagfeltet er et spesialisert område innen psykiatrien, noe som innebærer at alle aktuelle kompetanseområder innen voksenpsykiatrien også er aktuelle innenfor alderspsykiatrien (Engedal, 2008).

**Atferd** kan defineres som aktiviteter og utsagn med bakgrunn i individets personlige opplevelse av sanseintrykk, behov, tanker og drømmer. Atferd forstås som uttrykk for en persons subjektive opplevelser (Hval, 1997).

**Kommunikasjon** kommer av det latinske ordet *communicare* som betyr å gjøre noe felles, å delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med. Kommunikasjon kan defineres som utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere parter (Eide & Eide, 2007).

**Tvang** defineres som bruk av redskap som hindrer pasientens bevegelsesfrihet eller tilgang til egen kropp, fysisk holding ved undersøkelse og behandling og i forbindelse med omsorgstiltak... - som utøves daglig eller av og til. Eksempler på dette kan være bruk av sengehest, skjerming i form av innelåsing på rom og holding av hender, armer, føtter eller hode under stell (Engedal, Kirkevold, Eek & Nygård, 2001).



**Utfordrende atferd** er av en slik art at de fleste i pasientens omgivelser har problemer med å forholde seg til den, og atferden oppleves krenkende (Solheim, 2001).

### **1.5 Oppbygning av oppgaven**

Første kapittel presenterer innledning. Her begrunner vi valg av tema og problemstilling, og hvilke avgrensinger vi har gjort i oppgaven. Vi tar for oss noen begreper vi mener er sentrale for oppgaven, og definerer disse nærmere.

I andre kapittel beskriver vi hva metode er, og hvilken metode vi benytter i denne oppgaven. Videre beskriver vi hvordan vi har gått frem for å finne litteratur, og om disse er pålitelige.

Tredje kapittel tar for seg oppgavens teoretiske rammeverk. Her beskriver vi psykiatrisk sykepleiehistorie, teori om selve demenssykdommen, Jan Kåre Hummelvoll som sykepleieteoretiker, og sykepleier-pasient-fellesskapet med fokus på kommunikasjon.

Det fjerde kapittelet tar for seg drøftingen, her diskuteres teori som kommer frem i tredje kapittel, og vi forsøker å finne svar på problemstillingen. I femte kapittel legger vi frem en konklusjon av oppgaven.

## **2.0 Metodedel**

Slik vi forstår metode, er det veien for å utvikle vår kunnskap om et emne, og et redskap for å samle data om et spesifikt tema. Metoden hjelper oss til å samle data, og forteller hvordan vi bør gå til verks for å anskaffe eller etterprøve kunnskap. Metoden kan også beskrives som en veg mot et mål. Olav Dalland (2007) siterer Vilhelm Aubert (1985) som definerer metode som ”...en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (s. 83). Dalland (2007) hevder at metoden er vårt redskap i møte med noe vi ønsker å undersøke. Det finnes ulike typer metoder, denne oppgaven er en kvalitativ studie, som baserer seg på en litteraturstudie. Dette vil si at vi har brukt litteratur som allerede eksisterer om emnet.

### **2.1 Litteratursøk**

Vi har brukt fag- og forskningsartikler, pensumlitteratur, litteratur fra skolens bibliotek, tidligere studentoppgaver, skolens søkedatabaser og internettsider vi anser som relevante for denne oppgaven. For å finne artikler og annen relevant litteratur søkte vi på databaser som høgskolen er koblet opp til. Vi har benyttet oss av databasene BIBSYS, tidsskriftet.no, SweMed, Ovid Nursing Full Text, British Nursing Indeks, helsebiblioteket.no, sykepleien.no og EBSCOhost (cinahl). Søkeord vi har brukt på norsk er: sykepleie, kommunikasjon, alderspsykiatri, frontallappdemens, sykepleieutdanning, kompetanse, aggresjon, vold, demens og tvang, samt kombinasjoner av disse.

Før vi begynte med søk på engelsk fant vi mesh-termer på SveMed+. Søkeord vi har brukt på engelsk er: geriatric psychiatry, nursing education, competence, coercion, communication, force, dementia, frontal dementia, frontal lobe, aggression, aggressive behavior, violence, og kombinasjoner av disse.

### **2.2 Artikkelsøk**

Vår fremgangsmåte ved artikkelsøk var å benytte skolens databaser som vi har nevnt ovenfor. Artikkeltreff varierte fra database til database, avhengig av deres relevans til tema. Etter å ha gjort mange søk, og lest sammendrag, har vi valgt ut tre forskningsartikler som vi presenterer i oppgaven.

Første forskningsartikkel fant vi på *Sykepleien Forskning* med søkeordene ”demens og tvang”, begrenset til 2008-2011, som ga 7 treff. Artikkelen er skrevet av Hem, M. H., Gjerberg, E., Pedersen, R., Førde, R. og heter ”Pleie og omsorg i grenseland mellom frivillighet og tvang” utgitt i 2011. Dette er en kvantitativ studie som legger frem typiske situasjoner som oppstår når omsorg og pleie til pasienter med demens motsetter seg hjelp. Den viser også til at det kan ligge mer motstad i måten ting gjøres på, enn selve handlingen.

Andre artikkel fant vi i *Tidskrift for den norske legeforening*, vi benyttet søkeordene ”bruk av tvang” og ”demens og psykiatri”, begrenset til tidsrommet 2005-2011, dette ga 71 treff. Blant disse valgte vi ut forskningsartikkelen ”Bruk av tvang i sykehjem” skrevet av Øyvind Kirkevold, utgitt i 2005. Dette er en kvantitativ studie som tar for seg bruk av tvang i eldreomsorgen, og resultatet viser at det er mangel på dokumentasjon og at pasientene med demens blir utsatt for minst ett tvangstiltak i løpet av en uke.

Tredje forskningsartikkel i oppgaven fant vi på EBSCOhost (cinahl) med søkeordene ”dementia and assessment and hospital”, begrenset til 2005-2011. Søket ga 28 treff, artikkelen vi valgte heter ”Improving care for people with dementia in acute hospital: The role of person-centred assessment”, og er skrevet av Jonathan Webster. Artikkelen er utgitt i 2011 i tidsskriftet *Quality in Ageing & Older Adults*, og er en kvalitativ studie som tar for seg nyere forskning og litteratur om personsentrert omsorg i sykehus.

### **2.3 Kildekritikk**

Vi har forsøkt å holde et sykepleiefaglig fokus gjennom valg av kilder. Vi har vektlagt at de kildene vi har benyttet oss av, i størst mulig grad skal være skrevet med tanke på sykepleie. Det har vært viktig for oss at litteraturen vi har bruket er valid og har reliabilitet. Med validitet menes at kilden må være relevant og gyldig for det problemet som undersøkes. Reliabilitet betyr pålitelighet og omhandler at målinger må utføres korrekt, og at eventuelle feilmarginer angis (Dalland, 2007). Validitet og reliabilitet har vi forsøkt å oppnå ved anskaffelse av primærlitteratur, benytte anerkjent litteratur og en del nyere utgivelser. Et par kilder vi har brukt er utgitt siste halvdel av 1990-tallet, disse bøkene er blitt referert til i nyere litteratur, og derfor anser vi dem som fortsatt gyldig og relevant for oppgaven vår. Fremfor å benytte kildene de refereres i, har vi anvendt primærkilden.

I en litteraturstudie brukes ofte sekundærkilder, noe vi også har gjort i enkelte tilfeller hvor vi ikke har klart å få tak i primærkilden. Dette betyr at en forfatter har tolket noe som en annen har skrevet. En svakhet med dette er at forfatteren av sekundærkilden kan ha misforstått eller feiltolket primærkilden, noe som fører til at denne feiltolkningen også føres videre inn i vår oppgave. Vi kan også ha valgt å tolke primærkilden annerledes, selv om ikke sekundærkilden inneholder direkte feiltolkninger. På noen områder fant vi mye litteratur om temaet vi skriver om, noe som førte til vanskeligheter med å velge de mest relevante og anerkjente kildene. I andre tilfeller har det vært lite litteratur om det aktuelle temaet, som førte til at det ble vanskeligere for oss å utføre en litteraturstudie. Grunnlaget for oppgaven baserer seg på pensumlitteratur og selvvalgt litteratur med vekt på psykiatrisk sykepleie. For å finne svar på problemstillingen har vi også benyttet oss av våre egne erfaringer som bygger på åtte ukers praksis i psykiatrisk sykehus, samt andre forfatteres teori, funn og konklusjoner.

Forskningsartiklene vi har valgt å bruke er både norske og engelske. Ulempen med de engelskspråklige artiklene er at vi kan ha misforstått språket, og kanskje ikke forstått detaljer, og hva artikkelen egentlig ønsket å presentere. På denne måten kan vi ha gjort feiltolkninger av forskningen, noe vi anser som en svakhet. Det kan også hende at problemstillingen i artikkelen har vært utarbeidet fra en annen vinkling enn det som er aktuelt for oss. Vi har vurdert artiklene til å være pålitelige og valide, da alle artiklene er av nyere dato, og er hentet fra anerkjente nasjonale og internasjonale tidsskrifter. Dette anser vi som en styrke.

### **3.0 Teoridel**

Dalland (2007) hevder at hensikten med en teori er å komme frem til den enkleste og mest mulig treffende beskrivelse av virkeligheten. Videre siterer han Kirkevold (1992) som hevder at ”En teori er et forsøk på å ordne mange isolerte observasjoner eller erfaringer knyttet til et eller flere fenomener, for å få en økt forståelse av disse” (s. 111). Litteraturen i dette kapitlet setter fokus på viktigheten av hvordan sykepleierens erfaring - og kunnskapsnivå, i samvær med pasienter med frontallappdemens kan forebygge utagerende atferd.

#### **3.1 Sykepleierens rolle i psykisk helsevern**

For å se på utviklingen av sykepleierrollen i psykiatrien vil vi ta et tilbakeblikk i historien. I motsetning til i somatisk sykehus, har ikke den psykiatriske sykepleieren hatt den samme sentrale rollen (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2005). Tidlig på 1900-tallet ble de som tok hånd om de syke kalt voktere eller voktersker. På den tiden var deres viktigste oppgave å se til at pasientene ikke skadet seg selv eller andre, og det var derfor en stor fordel å ha stor fysisk styrke, noe som førte til at mange av vokterne var menn. Når psykofarmaka kom på 1950-tallet, fikk dette en positiv virkning på pasientene, og behovet for overvåkning og beskyttelse av pasientene ble ikke lenger like nødvendig. Dette førte med seg at personalet satte mer fokus på etablering av personlig kontakt, sosiale relasjoner og utvikling av sosiale ferdigheter i behandling av pasientene. Dette har bidratt til at psykiatriske sykepleiere har hevet kvaliteten på omsorgen til psykiatriske pasienter. Per i dag har psykiatriske sykepleiere blant annet ansvar for administrative oppgaver og koordinering i avdelingen (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2005).

#### **3.2 Demens**

Det er få sykdommer som har hatt så mange ulike navn knyttet opp mot seg gjennom tidene, som demens. I norrøn tid ble det snakket om å bli ”gammeltullet” eller om ”gammelmannsvås”. Samtidig ble det forbundet mye mystikk og overnaturlig kunnskap med gamle som tilsynelatende var glemske og forvirrede. Dette kan sees i sammenheng med at demens er en lidelse som har noe uvirkelig over seg. Personen forsvinner gradvis mentalt, og befinner seg i en terskelfase mellom liv og død. I dag har vi en mindre mystisk oppfatning av demens, men mange av begrepene brukes fortsatt. Det snakkes om ”å gå i barndommen,” ”bli senil,” eller ”å være åreforkalket”. Alle begrepene vitner til at sykdommen opptar mange, og

at det er stor forvirring og uvitenhet omkring lidelsen. De fleste forbinder demens med glemsomme gamle mennesker som har mistet fotfestet i tilværelsen, eldre som glemmer å slå av kokeplater, som går seg bort i tidligere kjente omgivelser, eller som ikke lenger kjenner igjen personer de har kjent i mange år (Engedal & Haugen, 2005). Demens kan defineres slik;

Demens er en fellesbetegnelse på en rekke sykelige tilstander i hjernen som er kjennetegnet ved ervervet kognitiv svikt, svikt av emosjonell kontroll og sviktende funksjonsevne i forhold til dagliglivets funksjoner (Snoek & Engedal, 2010, s.170).

Demens deles inn i ulike grader. Ved mild demens sees de første tegnene til kognitiv svikt, som redusert hukommelse, spesielt korttidshukommelse. For eksempel kan pasienten glemme å spise, avtaler og å handle. Tidsperspektivet svekkes og hendelser for 4-5 år tilbake, kan hevdes å være av nyere dato. I tidlig fase kan det også observeres vansker med språket i form av å lete etter ord, manglende taleflyt, manglende retningsorientering i rom og vansker med å kunne utføre enkle praktiske gjøremål. Endring i personlighetstrekk er uvanlig i denne fasen. I moderat fase har pasienten vansker med å bruke sine lærte mestringssevner, og de mister grepet om tilværelsen. Ved stressituasjoner, når pasienten må ta stilling til egne valg eller må løse oppgaver, mister de lett fatningen. Psykotiske symptomer som synshallusinasjoner, vrangforestillinger og underlig atferd kan observeres hos pasienten i denne fasen. Hukommelses-, kommunikasjons- og tidsorienteringsevnen svekkes ytterligere. I tillegg til dette blir evnen til å kle på seg, valg av riktig tøy og ta vare på personlig hygiene sterkt redusert. I denne fasen kommer de fleste i kontakt med helevesenet. Den siste fasen (alvorlig demens) preges av betydelig handlingssvikt og hjelpeløshet i forhold til å klare seg i egen bolig eller hus, selv med støtte og hjelp fra pårørende og omsorgsarbeidere. I denne fasen blir de fleste avhengig av fysisk pleie på grunn av tapt evne til å ha kontroll over urin og avføring, og mange har manglende styring med motoriske aktiviteter, balansesvikt og gangproblemer (Snoek & Engedal, 2010).

### **3.2.1 Frontallappdemens (FLD)**

En rekke degenerative hjernesykdommer kan ramme bare pannelappene, tinninglappene eller begge. Skadene kan være ensidige eller dobbeltsidige. Ved de frontotemporale

demenstilstandene er skadeomfanget begrenset, i motsetning til Alzheimers sykdom, hvor store deler av hjernen skades når sykdommen er i progresjon. Det beskrives ofte som en begrenset degenerativ lappdemens. Degenerativ frontallappdemens er mest vanlig. Årsaken til FLD er ukjent, men arvelige forhold står sentralt. Nesten 50 % av pasientene med FLD har en slektning med samme sykdom. Videre mener de at FLD rammer både kvinner og menn, og debuterer vanligvis før 65-års alder, men kan også forekomme hos mennesker over 65 år (Engedal & Haugen, 2005).

I hovedsak kjennetegnes FLD ved endring av atferd, noe som ofte kan observeres før de kognitive endringene oppstår. Mest vanlig er interesseløshet, tap av hemninger, angst, rastløshet og endring i spise- og drikkevaner. Da ofte til det som kalles hyperoralitet, det vil si uhemmet spising og drikking. Det er heller ikke uvanlig at pasienten i starten av sykdomsforløpet bare har disse symptomene. Videre kjennetegnes FLD ved at pasienten bryter livets vanlige normer og regler, og kan ha en avvikende og taktløs måte å være på, som ofte kan være sjokkerende og vondt ovenfor pårørende. Redusert impuls kontroll, lett irritasjon og aggresjon er normalt hos denne pasientgruppen. Klassiske symptomer for pasienter med FLD er også utfordrende atferd i form av aggresjon, vandring og forstyrrelser i døgnrytmen. Ukritisk atferd forekommer også i forbindelse med måltider, seksuell atferd, språkbruk og roping. Det finnes ingen kurative legemidler som modifierer eller lindrer sykdomsutvikling ved FLD, da dette er en irreversibel lidelse. Noen legemidler mot depresjon har blitt forsøkt, uten at dette har gitt noe tilfredsstillende resultat. I behandling av pasienter med FLD er det viktigst å tilby egnet miljøbehandling, deriblant kommunikasjon og tilnærming. I behandling legges vekt på grensesetting og tilpasset miljø hvor aktivitet og stimulering står sentralt. Ofte kan aktiviteter i seg selv være det viktigste fremfor motivering og forklaring av det som skjer til pasienten (Engedal & Haugen, 2005).

### **3.3 Jan Kåre Hummelvoll**

Jan Kåre Hummelvoll (1948- d.d.) er psykiatrisk sykepleier og doktor i folkehelsevitenskap. Han har lang undervisningserfaring og har vært særlig opptatt av kunnskapsdannelse i praksis. Hummelvoll er professor i psykiatrisk sykepleie og psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Hedmark, avdeling for folkehelse, og har gitt ut en rekke bøker innenfor sitt fagfelt (Hummelvoll, 2004).

Hummelvoll (2004) støtter seg til den amerikanske sykepleieteoretikeren og psykiatriske sykepleieren Hildegard Peplau (1952) i sin sykepleieforståelse. Denne har hun formulert slik

Sykepleie er en betydningsfull, terapeutisk og interpersonlig prosess. Den fungerer i samvirke med andre menneskelige prosesser som fremmer helse for individer og samfunn. I spesielle situasjoner hvor profesjonelle helsearbeidere tilbyr helsetjenester, deltar sykepleiere i organiseringen av forhold som letter de naturlige, støttende tendenser i den menneskelige organisme. Sykepleie er et pedagogisk instrument og en modnende kraft som har til hensikt å fremme personlighetens vekst i retning av skapende, konstruktivt, personlig og sosialt liv.

(Hummelvoll, 2004, s.26)

Som en forankring i psykiatrisk sykepleie tar vi for oss Hummelvolls (2004) forståelse av dette. Han beskriver at psykiatrisk sykepleie er en planlagt, omsorgsgivende og psykoterapeutisk virksomhet. Hensikten med dette er å styrke pasientens egenomsorg, og på denne måten dempe pasientens helseproblem. Via et samarbeid og forpliktende fellesskap, skal sykepleieren forsøke å hjelpe pasienten med FLD til å bevare selvrespekt, og sine livsverdier. Her kommer det fram at sykepleieren skal ha et klart humanistisk ideal, med respekt for menneskets egenverd, ukrenkelighet, integritet, frihet og selvbestemmelse. Disse skal også representere grunnlaget for god sykepleie (Hummelvoll, 2004).

Hummelvoll (2004) mener at når pasienten med FLD selv ikke maker å gi uttrykk for egne behov og ønsker, skal sykepleieren fungere som omsorgsgiver og talsmann for pasienten. I tillegg har sykepleieren medansvar utover den enkelte pasientens nivå for at han/hun skal få et liv i et tilfredsstillende sosialt fellesskap. På det samfunnsmessige nivå har sykepleieren en forpliktelse til å påpeke og påvirke forhold som skaper helseproblemer. I kommunikasjon med pasienter som lider av FLD, har sykepleier-pasient-fellesskapet en avgjørende rolle for utviklingen av relasjon og allianse med pasienten.

### **3.4 Sykepleier-pasient-fellesskapet**

Hummelvoll (2004) bruker begrepet sykepleier-pasient-fellesskapet for å definere forholdet mellom pasient og sykepleier. Han velger begrepet fellesskapet som finner utgangspunktet i møtet mellom to likeverdige mennesker. Slik definerer han sykepleier-pasient-fellesskapet



Det terapeutiske forhold som dannes som følge av pasientens behov for hjelp, og sykepleierens svar på dette. Denne alliansen preges av et opplevelses- og arbeidsfellesskap som har til hensikt å gi pasienten øket selvinnsikt og situasjonsforståelse og gjennom dette bidra til at pasienten i størst grad blir i stand til å bearbeide og løse sitt helseproblem (eventuelt å leve med det). For at dette skal skje, er det vesentlig at sykepleieren makter å variere mellom nærhet og avstand – støtte og utfordring (s. 41).

I følge Hummelvoll (2004) kan sykepleier-pasient-fellesskapet brukes som en metode for å tilnærme seg pasienter. I sykepleierens arbeid med psykiatriske pasienter spiller dette fellesskapet en avgjørende rolle i behandlingsprosessen. Utvikling av allianse beskrives ofte i flere faser med karakteristiske kjennetegn: forberedelsesfasen – orienteringsfasen – bearbeidingsfasen og avslutningsfasen (sistnevnte blir ikke presentert).

#### 3.4.1 Forberedelsesfasen

I denne fasen er det viktig at sykepleieren klarer å nullstille seg for å øke evnen til å være mottagelig. For å bli kjent med pasienter med FLD, trengs tid og rom slik at pasienten kan komme frem som person. Hummelvoll (2004) siterer Størksen (1980) som mener at

Ethvert møte mellom to mennesker er en enestående hendelse i seg selv. Enestående i den betydning at akkurat dette møtet, mellom akkurat disse to menneskene, aldri har skjedd før og aldri kommer til å skje om igjen. Et hvilket som helst møte mellom to mennesker vil alltid bli stående som noe helt spesielt, noe som har sin egen karakter, sitt eget innhold... (s. 382).

Er det slik det føles når erfarne sykepleierne møter den enkelte pasienten med frontallappdemens? Kan det være slik pasienten opplever møtet med de profesjonelle hjelperne? Erfarne sykepleiere kan lett bli ufølsomme for disse møtene, da de har opplevd så mange av dem. I perioder kan sykepleierne ha nok med seg selv, og føler at det koster mye å skulle involvere seg i andre menneskers liv. Noen ganger kan det ta for mye energi å skulle ta i mot andres smerter og uro. Negative holdninger som sykepleierne kan ha, er at de har

manglende evne til å skille mellom egne og andres problemer. Sykepleieren kan bli trett av og bare gi, men dersom det åpnes opp for å ta de tunge møtene, vil det totalt sett kunne gi sykepleieren opplevelse av å gi og få noe. Slik kan vi eksemplifisere at sykepleierens personlige problemer ikke skal gå utover omsorgen som pasienten har krav på. Dersom sykepleieren har en åpen og aksepterende holdning i møtet med pasienten med FLD, vil dette føre til at det er større sannsynlighet for at pasienten lettere utleverer seg (Hummelvoll, 2012).

Før det første møtet kan pasientene ha mange, og til dels uklare forventninger til sykepleieren. Erfarne sykepleiere vil kanskje ikke tenke over dette, men tenker at det skal gå bra, slik det har gjort før. For nyutdannede sykepleiere vil dette stille seg annerledes. De kan bære med seg fordommer og feiloppfatninger i forhold til psykiatriske pasienter, slik som folk flest. Slike forhåndsoppfatninger kan skape engstelse og usikkerhet. Uerfarne sykepleiere vil lure på om de faktisk kan hjelpe en utagerende pasient med FLD. Og de kan ha forestillinger om at de kan si ”gale ting” som kan forverre en situasjon, og om pasienten for eksempel kan bli sint eller avvise videre kontakt (Hummelvoll, 2004). Ved slike situasjoner vil det være nyttig å snakke med erfarne sykepleiere om sine spørsmål og sin egen usikkerhet. Uavhengig av erfaringen sykepleierne har, trenger både uerfarne og erfarne forberedelse. Selvanalyse blant sykepleierne bør finne sted i forberedelsesfasen. Med dette mener Hummelvoll (2004) at sykepleierne skal stille seg spørsmål som for eksempel:

- Forventer jeg en sykdomsspesifikk atferd hos de pasientene jeg møter?
- Makter jeg å handle i samsvar med det faktum at det første møtet med pasienten er et enestående møte?
- Møter jeg pasienten med en holdning som understreker at vårt samvær og samarbeid kan gi mulighet til gjensidig berikelse?
- Er mitt behov for å bli likt så stort at jeg reagerer med sinne og avvising hvis pasienten er uhøflig, fiendtlig eller lite samarbeidsvillig? (s. 393)

På denne måten får også sykepleierne mulighet til å tenke over de holdningene de har, og om hvordan de selv fremstår blant pasienter med FLD. Eksempelvis kan negative personalholdninger som ”det er greit med tvang”, føre til lavere terskel for når man mener å ha prøvd nok alternative tiltak, og lettere ty til tvang.

Ved å jobbe med pasienter med FLD, står den nyutdannede sykepleieren ovenfor mange krav og utfordringer. Det krever først og fremst en tilstedeværelse, stå psykologisk tilgjengelig og gi full oppmerksomhet. I praksis uttalte en sykepleier; ”På grunn av skrikig, uro og vandring hele tiden, oppleves det som om det er umulig å tenke egne tanker. Tenk å kunne være på jobb en dag og oppleve at dagen er rolig, god og oversiktlig”. Gode forberedelser og strukturering, vil gjøre dagen mer oversiktlig, og det kan føre til økt psykologisk tilstedeværelse av sykepleieren. Tilstedeværelse er den kvaliteten som understøtter alle forhold og ethvert du-jeg møte. I tillegg kreves det anerkjennelse av den nyutdannede sykepleieren. Det vil si en åpenhet og fordomsfri holdning, fri for tendenser, stereotyper og sykeliggjøring. Dette er en forutsetning for å kunne møte det som er enestående for pasienten med FLD (Rokstad, 2005).

For å se på møtet mellom en nyutdannet sykepleier og pasient med et humanistisk-eksistensielt syn, må sykepleieren møte pasienten med FLD i dens livsverden og situasjon. Ved et slikt menneskesyn må det også sees på fra ulike perspektiver. *Egenverden* er der hvor den demente pasienten opplever seg selv, lærer og får innsikt. *Medverdenen* er der hvor pasienten lever sitt relasjonelle liv. *Omverdenen* består av natur og kultur som vi må tilpasse og forholde oss til på vår måte. *Oververdenen* representerer det åndelige og meningsbærende perspektivet. Det vil si at sykepleierne bør se pasienten ut i fra forskjellige perspektiver, for å få en bedre forståelse av pasientens ståsted (Hummelvoll, 2012).

### 3.4.2 Orienteringsfasen

Det er i denne fasen det første møtet finner sted. Hovedmålet for kartlegging av ressurser og problemområder, er å finne den rette tilnæringsmåten og det rette omsorgsnivået til pasienten. Den nyutdannede sykepleieren skal kartlegge pasientens problemer og funksjonsvansker, i dette tilfellet atferdsproblematikk. I denne fasen søker sykepleieren å bli kjent med pasientens tanker, følelser og atferdsmønster, og identifisere pasientens aktuelle behov og problemer. Videre i denne fasen er det viktig at sykepleieren skaper en atmosfære av tillitt og forståelse gjennom verbal og nonverbal kommunikasjon. Til slutt skal sykepleieren i fellesskap med kollegaer vurdere og drøfte om de hensiktsmessige tiltakene som skal iverksettes kan føre til gunstige løsninger. Noe som vil si å forebygge situasjoner som utløser agitasjon hos pasienten med FLD, og at det legges til rette for økt livskvalitet.

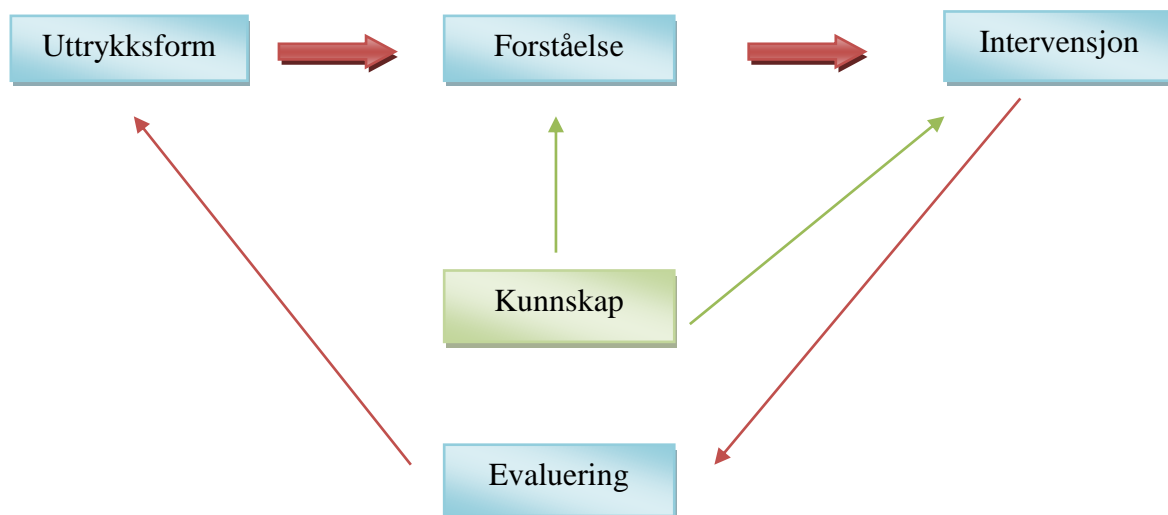
Agitert atferd defineres i følge Engedal & Haugen (2005) som ”upassende verbal eller motorisk aktivitet som ikke blir oppfattet som direkte uttrykk for behov eller et resultat av forvirring” (s. 313). Agitert atferd forekommer i form av fysisk ikke-aggressiv som generell rastløshet, vandring, gjentatt av- og påkledning, eller fysisk aggresjon som dytting, klyping, slåing eller biting. I tillegg kan atferden være av verbal karakter som ikke-aggressiv med gjentatte setninger, klaging og negativisme, eller verbalt aggressiv som hyling, kjefting og sinneutbrudd. I og med at agitert atferd omfatter ulike former, bli utfordringen å finne ut hva agitert atferd er uttrykk for, og finne tiltak som kan dempe eller fjerne atferden.

Årsaker til atferdsproblematikken kan være mange, og betegnelsen vanskelig atferd i denne sammenheng har blitt kritisert. Ved å betegne problemene som vanskelig blir årsaken plassert hos personer som har FLD, selv om det kan være andre forhold som i for eksempel miljøet eller ved andre personer som pleierne, som skaper problemer. Det har blitt vanligere å betegne atferden som utfordrende, da det setter fokus på samhandling og andre miljøfaktorer, og ikke bare på forhold knyttet til FLD. Dette kan vi illustrere ved et eksempel. Dersom to personer går rastløs omkring og blir betegnet som vandrere, er symptomene nødvendigvis like? I dag kan ofte disse symptomene bli behandlet med medisiner, men man bør se nærmere på årsaken bak vandringen. I det ene tilfellet kan det være at vedkommende ikke finner frem grunnet et kaotisk og uoversiktlig miljø, mens den andre kan ha prostatabesvær og må derfor hele tiden late vannet, men klarer ikke å gi uttrykk for dette (Engedal & Haugen, 2005).

For at nyutdannet sykepleierne skal kunne iverksette tiltak for å forebygge og redusere utfordrende atferd, må de kartlegge og vurdere pasienten med FLD sin atferdsproblematikk. Engedal & Haugen (2005) viser til at det er to hovedgrunner til å kartlegge og analysere utfordrende atferd hos pasienter med FLD. For det første er det viktig å finne ut av den bakenforliggende forklaringen, slik at man kan velge de mest hensiktsmessige tiltakene. For det andre vil en god beskrivelse av atferden både hvordan den arter seg og frekvensens, være et godt utgangspunkt for å kunne evaluere tiltakene som de nyutdannede sykepleierne iverksetter.

I følge Engedal & Haugen (2005) må det kartlegges om somatiske årsaker er grunnen til endring i atferdsmønsteret til pasienten med FLD. For eksempel kan somatisk sykdommer føre til smerter, obstipasjon, urinretensjon eller infeksjoner. Andre forhold som mangelfull ernæring og dehydrering vil kunne øke faren for delirium (sinnsforstyrrelse, forvirring), og symptomer som følge av delirium. For å gjøre en grundig kartlegging av dette bør

sykepleieren måle blant annet frekvens og intensitet av atferden hos pasienten med FLD. Det vil si hvor ofte atferden inntreffer og hvor lenge den varer, i hvilke situasjoner atferden oppstår, finne ut om det er spesifikke hendelser som skjer i forkant, eller som utløser episoder med endret atferd. Eriksson et al. (2005) sin modell som kan være et godt utgangspunkt for den nyutdannede sykepleieren, for å systematisere kartleggingen av den utfordrende atferden. Modellen legger vekt på uttrykksformer eller symptomer for å danne grunnlaget for en forståelse eller modell for tolkning av atferdsavvikene. Modellen danner basisen for å iverksette tiltak og systematisk utprøving av disse hos pasienter med FLD, der endringer i uttrykksform eller symptomer evalueres kontinuerlig. Rokstad & Smedbye (2008) henviser til modellen slik;



Figur 1. Modell for kartlegging av utfordrende atferd (s. 186).

I de fleste tilfeller i livet er det best å være føre var, dette gjelder også når det er snakk om utfordrende atferd ved FLD. Forebygging av uakseptabel atferd er den største utfordringen. Engedal & Haugen(2005) hevder at et godt psykososialt miljø i hensiktsmessige fysiske omgivelser, tilstrekkelige ressurser og et godt profesjonelt pleieteam er det beste. Når det gjelder forebygging av utagerende atferd hos pasienter med FLD finnes det en rekke ulike tiltak som nyutdannede sykepleiere kan iverksette. Som nevnt innledningsvis vil vi begrense oss ved å fokusere på kommunikasjon.

Når det gjelder kommunikasjon som en tilnæringsmetode vil vi vise til noen karakteristiske trekk ved utvikling av en samarbeidsallianse mellom sykepleieren og pasienten med FLD, samt hvordan den verbale kommunikasjonen kan fremmes i sykepleier-pasient-fellesskapet. I denne sammenheng vil kommunikasjon forstås som en vedvarende, dynamisk og foranderlig prosess, et symbolsk samspill, hvor sykepleieren påvirker, og blir påvirket. Å utvikle en felles forståelse og fellesskap mellom pasienten med FLD og sykepleier skjer gjennom et dynamisk samspill. Hjelpemidler i en slik relasjon er altså kommunikasjon som både en mangesidig prosess, og et symbolsk samspill. Samspillet påvirkes av begge parter sin tolkning, verdier og kultur. Kommunikasjonsprosessen skjer mellom mennesker som har ulik forutsetning, sinnsstemning og dagsform. Derfor vil situasjonen og omstendighetene rundt kommunikasjonen variere, og igjen påvirke klimaet og atmosfæren samhandlingen skjer innenfor. For å mestre de ulike omstendighetene, er det viktig at den nyutdannede sykepleieren kan klare å tilpasse seg pasientens nivå og dagsform. En slik forståelse er vesentlig å ha når sykepleieren skal utvikle en samarbeidsallianse med pasienten. En forutsetning for å etablere kontakt er at den nyutdannede sykepleieren har en utviklet evne til å oppfatte pasienten med FLD, og den situasjonen de skaper sammen. Ut ifra denne situasjonen skaper sykepleieren en pasientforståelse som gjør at kommunikasjonen tilpasses deretter (Hummelvoll, 2012).

Kommunikasjon mellom sykepleieren og pasienten med FLD skjer ved hjelp av symboler, det vil si primært med ord, men også klær, håndtrykk og kroppsholdning. Symboler brukes for å overføre tanker, opplysninger og erfaringer til andre. Evnen til å abstrahere og symbolisere vil derfor være en viktig forutsetning for å utvikle en relasjon mellom pasient og sykepleier. En nyutdannet sykepleier trenger innlevelse i en pasient med FLD sin situasjon for å vite hvilke symboler som er passende for å formidle ideer og kunnskap, eller for å markere at pasienten har forstått det som menes. Til slutt for å legge til rette for god kommunisering, må den nyutdannede sykepleieren vite hvilken betydning pasienten legger i symbolene. På denne måten får de en felles forståelse, og kan komme frem til meningen i budskapet (Hummelvoll, 2012).

### 3.4.3 Arbeidsfasen

I denne fasen blir hovedarbeidet gjort. Det vil si at nyutdannede sykepleiere på grunnlag av kratleggingen i de tidligere fasene, skal iverksette problemløsende tiltak. Med innsikt i

sykepleiesammenheng – hvor sykepleieren tar sikte på å møte pasienten med FLD som et helt menneske, noe som Hummelvoll (2004) mener innebærer:

- Forståelse og erkjennelse av pasientens problemer, og hvilken påvirkning dette har på atferd og selvoppfattelse
- Forståelse og erkjennelse av pasientens muligheter og ressurser
- Forståelse av hvordan atferden til pasienten har blitt forsøkt løst tidligere, hvilke tiltak har vært problemløsende, og hvilke har vært problembevarende (s. 394).

Mål med dette er blant annet å arbeide her-og-nå-orientert. I fellesskap med pasienten med FLD leter sykepleieren etter nye måter å møte problemene på, og drøfte hvilke konsekvenser de ulike løsningsforslagene har for pasienten (fordeler og ulemper). Noen ganger kan den nyutdannede sykepleieren konsentrere arbeidet om bestemte problemer som atferdsavvik, mens andre ganger fokuserer man på ressurser og ønskemål. Før å nå målene må sykepleieren fokusere på sin empatiske forståelse, respekt og integritet til pasienten gjennom sykepleier-pasient-fellesskapet, som en tilnæringsmetode. I denne fasen er samtale med pasienter med FLD gjennom verbal og nonverbal kommunikasjon gode hjelpemidler for videre relasjonsbygging (Hummelvoll, 2004).

Ved moderat til alvorlig grad av demens bør kommunikasjonen bære preg av å være forklarende, støttende og trøstende, en slags ”morfunksjon”, da den demente beveger seg i et landskap hvor følelser og stemninger oppleves sterkest. Pasienter med FLD trenger en annen kommunikasjonsstil. Sykepleieren bør benytte seg av en ”farsrolle” til disse pasientene, det vil si at sykepleieren skal være fast, sette klare grenser for atferd og gi klare beskjeder om hva som skal utføres av handlinger. Sosial korsettering er et prinsipp som går ut på at sykepleieren skal ”starte og stoppe” pasienten, som innebærer at pasienten med FLD bør overlates til færrest mulig valg (Engedal & Haugen, 1996).

Ordløs kommunikasjon, altså nonverbal (ikke-verbal) formidling av et budskap vil alltid komme i tillegg til det talte ord. Ordene får styrke og kraft ved av den nyutdannede sykepleierens kroppslige uttrykk – på samme måte som budskapet kan kompletteres, dempes, avkrefte eller motsies av sykepleierens ansiktsuttrykk og gester, tonefall og stemmebruk. Av og til kan også nonverbale uttrykk erstatte ordene. For eksempel klapping etter et

debattinnlegg, eller å hilse med hånden til en bekjent på andre siden av gata. Med kroppsholdning og bevegelse signaliserer sykepleieren blant annet ønsket om avstand og nærhet, i imøtekommenhet eller fiendtlighet. Disse sidene er det nødvendig at sykepleieren er klar over i tilnæringsprosesser til pasienter med FLD. Bruk av rom og territorium er et nonverbalt uttrykk for hva den enkelte ønsker av nærhet og avstand. Innenfor rom og territorium foregår sykepleierens samspill med pasienter med FLD. Hvor nært den nyutdannede sykepleieren slippes inn i pasientens soner (eksempelvis intimsone) avhenger av pasientens trygghet og grad av tillit og kjennskap. Pasienter med FLD kan reagere ulikt på hvor nærme andre mennesker tilnærmer seg, det er derfor viktig at sykepleieren er bevisst på å utvikle et tillitsforhold til pasienten med FLD slik at åpenhet blir mulig (Hummelvoll, 2012).

Berøring involverer både personlig rom og handling. Derfor er berøring muligens det mest personlige nonverbale uttrykksmidlet. Berøring har en lang tradisjon i sykepleie. Den reaksjonen som kommer ved berøring hos pasienten med FLD, vil være betinget av hvordan situasjonen arter seg. Forholdet demenspasienten har til sykepleieren, alder, kjønn og forventninger er avgjørende faktorer. Målrettet berøring har til hensikt å hjelpe, helbrede, berolige eller trøste pasienten ved bruk av hendene (Hummelvoll, 2012).

Tilnærmingen ved hjelp av verbal kommunikasjon må være på et voksent nivå, det vil si at den nyutdannede sykepleieren må kunne vise respekt for pasienten med FLD og dens behov. I motsetning til pasienter med Alzheimer, har pasienten med FLD bedre evne til å benytte verbalt språk som kommunikasjonsmiddel, selv om den er noe redusert. Likevel er det viktig at sykepleieren må bruke enkle, klare og kjente ord, unngå setninger med flere delbeskjeder, gi god tid til svar og fremtoningen til sykepleieren må være bestemt, slik vi tidligere har beskrevet som i en "farsrolle".

Behovet for å kommunisere ligger dypt i menneskets natur. Ved utvikling av demens er det ingenting som tyder på at dette behovet blir mindre, selv om språket som redskap ikke lenger er like effektivt og presist. I de fleste definisjoner om livskvalitet blir det trekt frem at kommunikasjon er avgjørende for et godt liv. Dermed blir den nyutdannede sykepleierens mål ved utøvelse av sykepleie til pasienter med FLD å forbedre deres livskvalitet. Hos pasienter med FLD er evnen til å forstå det verbale budskapet svekket, dersom pasienten har en annen funksjonsnedsettelse som for eksempel syns- eller hørselshemming i tillegg, vil kommunikasjonen kreve at sykepleieren er betraktelig mer skjerpet og tålmodig. I et slikt tilfelle krever dette at sykepleieren ikke snakker for fort, eller utydelig, da pasienten mest



sannsynlig ikke vil få med seg beskjeden eller budskapet. Ved planlagt og forberedt kommunikasjon vet den nyutdannede sykepleieren allerede fra orienteringsfasen hvilket toneleie og tema pasienten trives med. Når dette er tilpasset pasienten med FLD kan dette brukes empatisk og målrettet for å styrke relasjonen og fremme formålet med kommunikasjonen (Rokstad & Smebye, 2008).

Hummelvoll (2012) mener at det er viktig at den nyutdannede sykepleieren er der når pasienten med FLD trenger å lette trykket, enten det er et angstfylt eller gledelig trykk. Å være seg selv, ekte og nær, skaper grunnlag for betydningsfulle møter. Dette krever empati. Det vil si innlevende forståelse. Det viktigste er å bli *forstått*; empatien kan styrke sykepleierens forståelse av pasienten med FLD. Videre siterer Hummelvoll (2012), Rognes (1979) som utdyper empatisk forståelse slik:

Empati innebærer altså at man igjennom en form for prøveidentifikasjon bestreber seg på å se verden – og terapeutisk sett ikke minst viktig: seg selv og virkningene av sin egen væremåte – fra den andres synsvinkel ... å se verden med den andres øyne og oppleve den slik han opplever den ... det dreier seg om en nær terapeutisk forståelse (s. 3).

Empati betyr altså at den nyutdannede sykepleieren må mest mulig presist oppfatte pasienten med FLD sin subjektive verden med pasientens emosjonelle komponenter og meninger, *som om* sykepleieren var pasienten, men uten at denne ”*som om*”-bestemmelsen tapes. Dersom sykepleieren taper denne presiseringen, er det ikke lenger empati, men en tilstand preget av identifikasjon (Hummelvoll, 2012).

## 4.0 Drøfting

Drøftingskapitlet bygger på teoriene vi har belyst tidligere i oppgaven for å forsøke og svare på problemstillingen:

*Hvordan kan nyutdannede sykepleiere, gjennom sykepleier-pasient-fellesskapet, forebygge bruk av fysisk tvang, hos pasienter med frontallappdemens?*

Besvarelsen vil disponeres i den rekkefølgen som sykepleier-pasient-fellesskapet er delt inn i, med utgangspunkt i de tre første fasene (forberedelsesfasen – orienteringsfasen – arbeidsfasen) som en ramme rundt diskusjonen. I de ulike fasene vil vi avspeile det vi ser på som mest sentrale elementer fra teorien, og diskutere disse. Vi har systematisert og vurdert de ulike fasene, sett hva hovedessensen er. Med dette som utgangspunkt mener vi å ha en oversiktlig måte å organisere drøftingen på.

### 4.1 Sykepleier-pasient-fellesskapet

Hummelvoll (2004) hevder at ved å benytte begrepet fellesskap, legges det vekt på møtet mellom to mennesker, ikke deres roller. Gjennom denne forståelsen av fellesskapet skal mennesker kunne møte hverandre som hele mennesker, og dermed legges det til rette for felles opplevelser. Dette innebærer et ideal om å skulle møtes som to likeverdige personer. Om et slikt samarbeid skal bli av betydning er det avhengig av at det utvikles på grunnlag av gjensidig tillitt og åpenhet.

I likhet med Hummelvoll (2004) mener Røkenes & Hansen (2002) at relasjonskompetanse ”handler blant annet om å kjenne seg selv, forstå den andres opplevelse og å forstå det som skjer i samspillet med den andre” (sitert i Rokstad & Smedbye, 2008, s. 315). Det vil si at den nyutdannede sykepleieren har innsikt i egne reaksjoner, hvilke følelser pasienten med FLD kan sette i sving, og hvilke følelser det å arbeide med demenssyke skaper.

Vi har vurdert sykepleier-pasient-fellesskapet slik at det blant annet omhandler at den nyutdannede sykepleieren må avse tid til å kunne forberede seg, og tenke over sine egne holdninger, slik at det dannes en felles plattform med pasienten. Vi støtter Hummelvoll (2004) som mener at det å forstå pasienten med FLD, betyr å være villig til å se etter mening bak pasientens atferd eller ytringer. I forhold til dette mener vi at alle handlinger som den nyutdannede sykepleieren utfører i direkte kontakt med pasienter med FLD, forutsetter en forestilling av pasienten som en person. I tilfeller hvor pasienten med FLD oppfattes synonymt med atferdsproblematikk, og ord som ikke alltid er forståelig, betyr dette at pasienten ikke opplever seg selv som person med tanker, følelser og sanseevner?

#### 4.1.1 Forberedelsesprosessen

I forberedelsesfasen hevder Hummelvoll (2004) at den nyutdannede sykepleieren kan legge til rette for å kunne danne seg et bilde av pasienten med FLD før det første møtet. Han trekker frem at sykepleierens holdninger og vilje i forhold til å skulle gi den nødvendige helsehjelp er viktig. Med dette forstår vi at han mener at sykepleieren må nullstille seg i forhold til egen forståelse og fordommer, for å kunne bli mer mottagelig.

I likhet med Hummelvolls (2004) teori trekker vi frem Kristoffersens (1996) forståelse om at holdninger er en del av sykepleierens personlighet som preger tankene, følelsene og de handlinger som gjøres. En sykepleiers tanker innebærer erfaringer, kjennskaper og kunnskaper om pasientgruppen. Dersom en sykepleier gjør seg opp noen tanker om en pasients atferd, uten å ha kunnskap om sykdommens påvirkning av pasienten med FLD, vil det lett oppstå fordommer. Vi ser klar likhet mellom Hummelvoll (2004) og Kristoffersens (1996) meninger om at den nyutdannede sykepleierens holdninger påvirker hvordan hun/han forholder seg i ulike situasjoner, og innstillingen ovenfor pasienter med FLD.

Vi forstår med dette at kunnskap, holdninger og erfaring henger tett sammen, og vi kan undre oss om hvorvidt fravær av én eller flere av disse elementene kan påvirke den nyutdannede sykepleierens handlinger. Vi har erfart at en sykepleier forsøkte å skjule sin mangel på kunnskap om pasienter med FLD ved å handle på impuls, noe som viste seg i sykepleierens væremåte. Til tross for at sykepleieren forsøkte å undertrykke sin nervøsitet, så vi tydelig at sykepleieren var utrygg i kroppsspråket. Dette førte til at pasienten med FLD ble usikker på pleieren og pasienten avviste sykepleieren. Med dette eksemplet ser vi tydelig sammenheng mellom holdninger og kroppsspråk.

Vi støtter oss til Natvig (1997) som hevder at sykepleiere kan forsøke å skjule holdningene sine, men at holdningene da vil komme til uttrykk via kroppsspråket. Derfor mener vi at et negativt kroppsspråk kan virke provoserende på pasienten med FLD, og kan være en utløsende årsak til utfordrende atferd. Det kan tyde på at den nyutdannede sykepleierens holdninger og handlinger er viktige i relasjonsbyggingen til pasienter med FLD. I forhold til dette trekker vi frem Hummelvoll (2012) som hevder at sykepleieren skal møte pasienter med FLD med et humanistisk-eksistensielt syn, for å kunne forstå pasienten i deres livsverden og situasjon.

Hummelvoll (2012) hevder at til tross for denne innlevelsen, kan det likevel hende at pasienter med FLD opptrer med en atferd som kan være vanskelig å akseptere. Fra vår praksis kan vi eksemplifiseres dette ved å se på hvordan to ulike sykepleiere har handlet avhengig av

om de anser atferden til pasienten som vanskelig eller ikke. I dette tilfellet forsøkte en pasient å ta plass i en annen pasient sin seng, som førte til konflikt mellom pasientene. Med kunnskap, erfaring og gode holdninger til pasienter med FLD utviste den ene pleieren tålmodighet og stor forståelse i form av å gi tilstrekkelig med tid, slik at pasienten kunne roe seg ned på egenhånd, ved å se mennesket bak sykdommen. Den andre pleieren, som var relativt nyutdannet, ble fort irritert og ønsket å gripe inn, noe som igjen gikk utover pasienten. Situasjonen ble vanskelig å kontrollere for pleieren, og pasienten med FLD som ble forsøkt og ledet ut av rommet med fysisk tvang, reagerte med roping. Med dette påstår vi at situasjonen kunne vært avverget, dersom den nyutdannede sykepleieren hadde hatt bedre holdninger, og kunnskap om pasientens lidelse. I dette legger vi innlevelse i pasientens verden, utvise større forståelse for personen bak sykdommen, og innvirkningen demenstilstanden har på pasientens væremåte.

Hummelvoll (2004) hevder at det kan være nyttig for en nyutdannet sykepleier å ha samtale med erfarne kollegaer på hvordan hun/han kan tilnærme seg og skape relasjon med pasienter med FLD i forkant av det første møtet. I denne sammenheng støtter vi oss til Hummelvoll som mener at sykepleieren bør være klar over at det ikke vil hjelpe og skulle forsøke og ”oppdra” pasienten til akseptabel atferd. Dersom dette ikke tas med som betraktning i forberedelsesfasen, eller om sykepleieren ikke skulle være klar over dette, vil møtet med pasienten med FLD kunne bli en dårlig erfaring for den nyutdannede sykepleieren. Slike situasjoner kan føre til at pasienten provoseres, og kan opptre med en utagerende atferd, slik vi viste i eksemplet. Derfor mener vi at sykepleiere bør benytte seg av metoder for å møte pasientene med FLD på, som sykepleieren kan leve med uten å bli irritert eller oppgitt, og som samtidig ikke oppleves som sårende eller som et overtramp for pasienten. Dette er en stor utfordring for nyutdannede sykepleiere med liten eller ingen erfaring fra alderspsykiatrien. Fra praksis har vi lært og erfart at ved å forstå mer av frontallappdemenspasientens svikt, og ved og stadig tilstrebe å forenkle vårt eget språk og gjenta egne setninger kan vi møte pasienten på en måte som er tilpasset deres nivå i forhold til deres kognitive svikt. Med dette mener vi nødvendigvis ikke at det betyr at en nyutdannet sykepleier greier å møte alle pasienter med FLD optimalt, men det er vesentlig at man er bevisst på problematikken og tør prøve å feile for å finne fram til gode måter å møte den enkelte på. Ved og ikke å gi respons på utsagn er en strategi som kan være anvendelig, spesielt når pasienten har negative kommentarer. Ved og ikke å kommentere det som blir sagt, kan det hende at pasienten slutter eller modererer negative utsagn for en periode. Vi har også erfart at det og ikke gi øyekontakt

i enkelte tilfeller har ført til at pasientene med FLD ikke har henvendt seg til oss i like stor grad som vedkommende ellers ville gjort.

#### 4.1.2 Det første møtet

Som tidligere nevnt er det i denne fasen, orienteringsfasen, det første møtet mellom pasienten med FLD og den nyutdannede sykepleieren skjer. Målet i denne fasen er å kartlegge pasientens ressurser, problemområder og å finne den rette tilnæringsmetoden. Inntrykket som sykepleieren har gjort seg på bakgrunn av forhåndsinformasjonen fra forrige fase vil være avgjørende for hvordan hun/han vil møte pasienten med FLD.

Hummelvoll (2004) hevder at det å skape kontakt med pasienter som lider at FLD kan være utfordrende for nyutdannede sykepleiere, spesielt da pasienter med FLD kan fremstå som mistenksomme på grunn av deres manglende språkforståelse. Vi støtter oss til denne påstanden, og mener at det er viktig at den nyutdannede sykepleieren aksepterer at pasienten bevisst eller ubevisst vil teste sykepleieren om hun/han er til å stole på. Derfor er det vesentlig at sykepleieren legger til rette for at pasienten med FLD får god tid til å kunne venne seg til den nye pleieren. Dersom pasienten har noe hun/han ønsker å dele, vil det da være riktig og ikke å lytte, fordi man ikke forstår hva pasienten mener? Vi har lært at i møte med pasienten med FLD er det den grunnleggende interessen for mennesket, og ønske om å yte omsorg som vises i måten sykepleieren går fram på i en bli kjent fase. Det forutsetter også at det utvises varhet for pasientens behov for personlig avstand og rom. Ved å respektere dens behov reduseres angst hos pasienten med FLD, og vi mener at det vil skape en relasjon basert på trygghet.

Når det gjelder kartlegging av atferd hos pasienter med FLD trekker Hummelvoll (2004) frem den eksistensielle modellen som tar utgangspunkt i nødvendigheten av å møte pasienten i sin egen forestillingsverden, i sin eksistensielle situasjon. Her bør den nyutdannede sykepleieren fokusere på pasientens erfaringer, opplevelser og de problemer som skal løses. I likhet med dette mener Rokstad & Smedbye (2008) at med bakgrunn i behov for å forstå hva den utfordrende atferden uttrykker, må en bred kartlegging danne grunnlaget for de forebyggende behandlingstiltak som velges. Med dette mener vi at sykepleierens kartlegging bør ta utgangspunkt i den atferden pasienten viser, hvem den er rettet mot, hva atferden går ut på, samt intensiteten og varigheten. Videre mener vi at det er like viktig å observere og beskrive

den forutgående situasjonen som pasienten har vært i, og den reaksjonen atferden vekker i omgivelsene.

For å kunne gjøre en kartlegging av de ulike elementene beskrevet ovenfor, viser vi til Erikssons (2005) modell for kartlegging av utfordrende atferd, som er presentert i teorikapitlet. Rokstad & Smedbye (2008) siterer Rokstad (2006) som mener at nyutdannede sykepleiere bør skaffe en best mulig beskrivelse av kvantifisering av atferden eller symptomene som skaper utfordringer. For å forstå symptomene hos pasienten med FLD, må pleierne benytte seg av både teoretisk og praktisk kunnskap for å velge hensiktsmessige intervensjoner. Sykepleieren må vurdere hvorvidt symptomene skaper problemer eller representerer ubehag for pasienten med FLD, pårørende, medpasienter eller personalet. Videre mener Rokstad & Smedbye (2008) at en forutsetning for kartlegging, analyse, forståelse og evaluering av atferden hos pasienter med FLD, er at nyutdannede sykepleiere innhenter kvantifiserbare data om pasientens atferd. Vi ser positivt på denne modellen som en metode for kartlegging av utfordrende atferd, og for å danne en bredere forståelse og betydning av kartlegging hos den nyutdannede sykepleieren. Modellen til Eriksson et. al (2005) kan benyttes som en forståelse for kartlegging, men i praksis vil verktøyet bli de konkrete registreringsskjemaene. Et eksempel på et slikt skjema er hentet fra Eldreomsorgens ABC (2007) og er vedlagt (Vedlegg I og II).

Etter å ha kartlagt når pasientens utfordrende atferd oppstår, vil den nyutdannede sykepleieren ha fått en god oversikt over hva som kan være utløsende faktorer. Vår erfaring er at planlegging skaper ro, forutsigbarhet og struktur, nyutdannede sykepleiere bør derfor planlegge så godt som det lar seg gjøre. Slik vi nevner tidligere i oppgaven, har pasienter med FLD nedsatt eller redusert evne til å kunne tilpasse seg miljøet de oppholder seg i. For å kunne tilrettelegge miljøet til pasienten med FLD, og ikke motsatt, forutsetter dette god kartlegging. Fra praksis har vi sett at god kartlegging legger et grunnlag for å kunne forebygge utløsende faktorer. Da vil den nyutdannede sykepleieren for eksempel vite hvor det er mest hensiktsmessig for pasienten å sitte under et måltid, hvem som bør sitte sammen med pasienten og hva slags lydnivå/stemning i miljøet som kan påvirke atferden til pasienten med FLD.

Rokstad & Smedbye (2008) hevder at kommunikasjon med pasienter som lider av FLD utfordrer kommunikasjonsprosessen med sykepleiere på grunnlag av deres generelle kognitive svikt, og spesifikk språklig svikt som sykdommen innebærer. Evnen til å forstå og bli forstått påvirkes av sykdomsprosessen, og vurdering av språkfunksjonen hos pasienten med FLD vil

være sentral i kartleggingsprosessen. Ut i fra dette forstår vi at måten den nyutdannede sykepleieren kommuniserer med pasienten på, vil være betydningsfull om hvorvidt pasienten kan ha en hverdag preget av mindre utagering, og dermed redusert bruk av fysisk tvang. Powell, Hale og Bayers (1995) underbygger vår påstand ved å fastslå at ”reduerte kommunikasjonsevner fører til svekket sosial funksjon... agitasjon og forstyrret atferd” (sitert i Rokstad & Smedbye, 2008, s.93). Vi vil eksemplifisere påstanden vår med en situasjon fra praksis. Pasienter med FLD kan være verbalt sterke langt ut i sykdomsforløpet, virke gode til å argumentere og høres overbevisende ut. Selv om de høres overbevisende ut, har vi imidlertid erfart at pasientenes evne til å forstå blir svekket, og de misforstår derfor hva sykepleierne mener. Slike situasjoner har vi sett lede til at pasienten ble irritert, og ukritisk i språket. Dette førte til unødig bruk av tvang, fordi pasienten ble agitert på grunn av en misforståelse i kommunikasjonsprosessen med den nyutdannede sykepleieren. I dette eksemplet ser vi hvordan mangelfull kunnskap om kommunikasjon hos sykepleieren kan være en utløsende faktor for utagering hos enkelte pasienter med FLD.

#### 4.1.3 Å være problemløsende

I denne fasen skal den nyutdannede sykepleieren møte pasienten med FLD på en måte som tar utgangspunkt i å se pasienten som et helhetlig menneske. For å kunne gjennomføre tiltak som skal iverksettes må den nyutdannede sykepleieren erkjenne pasientens problemer, ved å vise empatisk forståelse. Slik som vi forstår Hummelvoll (2004) sin beskrivelse av empati, som står nevnt i teorikapitlet, omhandler dette om å kunne leve seg inn i pasientens følelse. Med andre ord, se verden fra pasientens ståsted. Han hevder at innlevelsessevnen dreier seg om å kunne dele pasienten med FLD’ følelsesmessige opplevelse av en situasjon. Hummelvoll (2004) siterer Rognes (1979) som ”påpeker betydningen av å se verden med den andres øyne og oppleve den slik pasienten opplever den” (Hummelvoll, 2004, s.383). I forhold til denne påstanden støtter vi oss til Hummelvoll (2012) som mener at standpunktet bør nyanseres. Vi mener at Rognes’ (1979) uttalelse kan betraktes som ideelt, men i hvor stor grad vil dette være mulig i realiteten?

Videre støtter vi oss til Hummelvoll (2012) som hevder at målet for psykiatrisk sykepleie er å nærme seg pasientens forståelse og dens opplevelse av verden. Å møte pasienten med en åpenhet og innlevende forståelse gir et grunnlag for pasienten til å kunne vise seg selv. Eide & Eide (2007) hevder i likhet med Hummelvoll (2012) at når det gjelder pasienter med FLD kan

det være viktig å unngå realitetsorientering. Vi forstår det slik at den nyutdannede sykepleieren bør akseptere pasienten, og lytte til og forsøke å forstå det følelsesmessige budskapet som ligger i det pasienten sier og gjør. Med lytting hevder Thornquist (1998) at ”aktiv lytting er et uttrykk en ofte hører i forbindelse med kommunikasjon, ikke minst i psykiatri...”(s. 117). Hun mener at det legges ulik forståelse i begrepet om hva aktiv lytting innebærer, men at fellestrekkene er lytting, gjentakelse, bekreftelse og reformulering av pasientens budskap. I likhet med Thornquist mener Eide & Eide (2007) at det å kunne bekrefte er kjernen i kommunikasjon med pasienter som lider av demens. Med dette forstår vi at en av de viktigste egenskaper som sykepleieren må ha når det gjelder pasienter med FLD, er å kunne lytte og komme frem til en godtatt forståelse av pasientens ytringer, og en løsning som er akseptabel for pasienten, og dens behov.

Vi mener at ved å bruke empati på en bevisst måte, vil sykepleieren kunne få en empatisk forståelse av pasientens situasjon. Videre kan dette føre til at den nyutdannede sykepleieren tilpasser tiltak bedre i forhold til pasientens behov, noe som kan være mer hensiktsmessig for å forebygge utfordrende atferd. Dersom den nyutdannede sykepleieren utviser forståelse for viktigheten av empati, kan dette påvirke måten hun/han kommuniserer med pasienten som lider av FLD. Denne påstanden baserer vi på forskning som viser at når pasienter blir forstått og lyttet til, viser dette en tendens til at pasientene får lavere nivå av utfordrende atferd, blir roligere, mer mottagelig for å akseptere behandling, og viser et høyere nivå av velvære (Webseter, 2011).

Hummelvoll (2012) mener i likhet med Engedal & Haugen (2005) at kunnskap om kommunikasjon i samhandling med pasienter med FLD er essensielt. I samtale med pasienten med FLD bør sykepleieren ha fokus på å utgjøre en ”farsrolle”, samt de spontane samtalene i hverdagen. Med ”farsrolle” menes det at sykepleieren bør være bestemt i sine uttalelser og handlinger. I likhet med dette trekker Rokstad & Smedbye (2008) frem viktigheten av at nyutdannede sykepleiere følger minimaliseringsprinsippet til pasienter med FLD. Det vil si fortrinnsvis å bruke korte, enkle og tydelige setninger. I tillegg bør alle instruksjoner være faste, korte og konkrete, samt formidlet i et rolig tempo, slik at pasienten med FLD kan oppfatte det som blir sagt. Denne påstanden underbygger vi med vår erfaring fra praksis, der vi har opplevd at en pasient var i ferd med å bli agitert i fellesmiljøet på grunn av stimuli fra medpasienter. Pleieren oppfattet de tidlige signalene på utagering, og forsøkte å lede pasienten inn på rommet sitt. Pleieren sa: ”Kom, vi går til rommet ditt og prater der”. Pasienten oppfattet ikke budskapet med en gang, og pleieren gjentok i kortere versjon: ”Kom



med meg!”. Dermed fulgte pasienten med den nyutdannede sykepleieren inn på rommet. Med dette eksemplet kan vi se betydningen av svekket oppmerksomhet og forståelse fra pasienten, og hvilken effekt det kan ha med korte og konkrete meldinger fra pleieren. Fra sykepleierperspektiv sees viktigheten av å praktisere teoretisk kunnskap på en hensiktsmessig måte. Fra pasientperspektiv ser vi hvordan mangel på kunnskap hos sykepleieren kunne ha utsatt pasienten for tvang. Det kan for eksempel hende at det ikke hadde resultert like godt dersom pleieren hadde sagt: ”Kunne du tenke deg å bli med meg inn på rommet ditt nå?”, da presenteres det for mye informasjon som pasienten har manglende evne til å bearbeide, og pasienten stilles ovenfor et valg som han sannsynlig vis ikke kunne tatt stilling til. Vi vurderer det slik at den verbale og nonverbale kommunikasjonen er knyttet sammen, og i samhandling med pasienter med FLD skal det nonverbale (kroppsspråket) underbygge og bekrefte det verbale.

Hummelvoll (2012) mener at det talte ord alltid skal akkompagneres ved hjelp av nonverbal formidling. Han hevder at ordene blir styrket av kroppslige uttrykk, i likhet med at ansiktsuttrykk og gester, tonefall og stemmebruk kan komplettere, dempe, avkrefte eller motsi budskapet. På bakgrunn av at vi har knyttet kjennskap til pasienter med FLD og deres reduserte evne til å oppfatte og forstå verbal kommunikasjon, mener vi at nonverbal kommunikasjon er viktig for å gjøre det verbale budskapet komplett. I likhet med Hummelvolls påstand, støtter vi Rokstad & Smedbye (2008) som hevder at personer med FLD ser ut til å bevare evnen til å kunne gjenkjenne inntoning på stemmer, mimikk og kroppsspråk langt ut i sykdomsforløpet. Følelsesuttrykk som smil, latter, tårer og sinne ser ut til å være gjenkjennbart. I praksis erfarte vi en nyutdannet sykepleier som møtte en pasient med FLD med et smil, og et engasjert kroppsspråk før samhandlingen skulle foregå. Dette førte til at pasientens utrygghet ble redusert, og sykepleierens forventning om å lykkes ble styrket. Erfaringsmessig med pasienter som lider av FLD har vi også sett at behovet for nærhet og avstand er mer sentralt enn en-til-en-kontakt i det hverdagslige, da pasientene selv kan regulere dette ved å være kontaktsøkende, eller avvisende til personalet. Vi har også opplevd at pasienter kan trenge hjelp til å dekke sitt behov for kontakt, men når pasienten signaliserer ro og velvære kan det være viktig å være tilstede og tilgjengelig uten at kontakten blir for nær, da personalet kan bli en trigger for utagering.

## 5.0 Konklusjon

I oppgaven diskuterer vi ulike tiltak som kan være relevante til problemstillingen, men vi vil påpeke at tiltak må prøves ut, og tilpasses den enkelte pasienten. Vårt standpunkt er negativt med tanke på bruk av tvang ovenfor pasienter som har manglende evne til å forstå og uttrykke seg. Likevel må vi akseptere at i akutte situasjoner hvor pasienter står i fare for å skade seg selv, eller andre mennesker kan siste utvei være tvang.

Et funn vi har gjort er at kunnskapsnivået hos sykepleieren, spesielt om selve demenslidelsen og dens kognitive påvirkning, vil være avgjørende for hvordan hun/han kommuniserer og tilnærmer seg pasienten. I forkant av det første møtet med pasienter med FLD, ser vi viktigheten av selvevaluering for at sykepleieren kan bli mer bevisst på holdningene sine som kan påvirke deres handlinger. Dette i forhold til fordommer knyttet til pasientgruppen generelt, og ikke minst i forhold til sine egne holdninger om bruk av tvang. Videre konkluderer vi at sykepleier-pasient-fellesskapet er en metode som kan benyttes av nyutdannede sykepleiere, for å systematisere kartleggingen av utfordrende atferd, for å kunne iverksette og evaluere tiltak.

Vi mener at tilnæringsmetoden gjennom sykepleier-pasient-fellesskapet i oppgaven også kan benyttes ved andre pasientgrupper i psykisk helsevern. Vi ser på denne overførbarheten av oppgaven som en styrke.

Oppgaven dekker kun en liten bit av temaet som omhandler bruk av tvang i demensomsorgen, og derfor gir det ikke et helhetlig bilde av alle tiltak som kan iverksettes for å forebygge utagerende atferd, som for eksempel medisiner og miljøterapi. En svakhet er at vår erfaring fra fagfeltet baseres på åtte uker praksis under sykepleiestudiet. Det vil si at vi har mindre praktisk kunnskap, som med lengre erfaring kunne ha hevet kvaliteten på oppgaven i forhold til egne erfaringer.

Vi mener å ha besvart problemstillingen vi har presentert, hvor målet har vært å redusere bruk av fysisk tvang til pasienter med frontallappdemens. For å redusere bruk av fysisk tvang, mener vi at den beste løsningen er å forebygge årsakene som utløser den utfordrende atferden hos pasienten, og som fører til at pasienten blir utsatt for tvang.

Videre kan det være en problemstilling å se på moralske og etiske aspekter ved utøving av tvang.

## 6.0 Referanseliste

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Eide, H., Eide, T. (2007). *Kommunikasjoner i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

\*Engedal, K. (2008). *Lærebok alderspsykiatri i praksis* (2. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

\*Engedal, K., Haugen, P. K., (2005). *Lærebok demens: Fakta og utfordringer* (4.utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

\*Engedal, K., Kirkevold, Ø., Eek, A., Nygård, A. M. (2001) *Skal, skal ikke: Rettighetsbegrensninger og bruk av tvangstiltak i behandling og omsorg av personer med demens*. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

\*Hem, M. H., Gjerberg, L., Pedersen, R., Førde, R. (2010). Pleie og omsorg i grenseland mellom frivillighet og tvang. *Sykepleien Forskning*. Lokalisert 09.02.2012 på:  
<http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/569183/pleie-og-omsorg-i-grenselandet-mellom-frivillighet-og-tvang>

Hummelvoll, J. K., (2004). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk (under utgivelse, gis ut i april, Vedlegg III).

\*Hval, S.A. (1997). Behandling av aggressive demente. *Sykepleien*, nr 2/1997. Lokalisert 20.02.2012 på:  
<http://www.olaviken.no/printfriend.asp?k=1&id=50&aid=261>

\*Kirkevold, Ø. (2005). Bruk av tvang i sykehjem. *Tidsskrift for den norske legeforening*. Lokalisert 20.01.2012 på:  
<http://tidsskriftet.no/article/1192223>

Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F., & Skaug, E.-A. (Red.). (2005). *Grunnleggende sykepleie: Bind 4*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Kristoffersen, N. J.(Red.). (1996). *Generell sykepleie: Fag og yrke, utvikling, verdier og kunnskap: Bind 1*. Universitetsforlaget.

\*Natvig,R.S, (1997). *Sykepleie etikk*. Oslo: Universitetsforlag.

\*Pasientrettighetsloven, LOV-2007-12-21-123. § 3. Lokalisert på:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/19981999/otprp-nr-12-1998-99-/3/3/1.html?id=305850>

\*Rokstad, A. M., M. & Smebye, K., L. (Red.). (2008). *Personer med demens: Møte og samhandling*. (1. utg.) Oslo: Akribe AS

Snoek, J. E., Engedal, K. (2008). *Psykisatri: Kunnskap, forståelse, utfordringer* (3. utg.). Akribe forlag.

\*Solheim, K. (2001). *Demensguide. Holdninger og handlinger i demensomsorgen*. Universitetsforlaget.

\*Thornquist, E.(1998). *Klinikk, kommunikasjon, informasjon*. Oslo: Ad Notam Gyldendal

\*Ulstein, I. (2007). *Eldreomsorgens ABC: Behandligstiltak ved demens* (1.utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse

\*Webster, J. (2011). Improving care for people with dementia in acute hospital: The role of person-centred assessment. *Quality in Ageing & Older Adults*. Doi: 10.1108/14717791111144696

\*Yrlaes (2010). *Dement med gode minner*. Lokalisert 20.02.2012 på: [http://dikt.no/index.php?page=vis\\_tekst&TekstID=280341](http://dikt.no/index.php?page=vis_tekst&TekstID=280341)



## Vedlegg II, Evalueringsskjema

### Problemløsning

1. Definisjon av problemstilling

---

---

2. "Brain-storming" – forskjellige løsningsforslag – alle forslag noteres ned

---

---

---

---

---

---

3. Diskuter for og imot hvert løsningsforslag (fordeler/ulempes)

---

---

---

---

---

---

4. Velg løsningsforslag eller en kombinasjon av løsningsforslag

---

---

5. Planlegg gjennomføringen i detalj

---

---

---

6. Vurder effekt på neste møte

---

## Vedlegg III, Hummelvoll, J.K. (2012) Helt – ikke stykkevis og delt

\*Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk (under utgivelse, gis ut i april 2012).

### ► Samtale og relasjon

Om vi inte som människor är beredda att påverkas och förändras i relationer, kan vi inte hjälpa andra människor att förändra sig själva och sina liv på ett "helt" sett. (Frej 1988).

En ung, velutdannet kvinne som hadde gjennomgått to måneders sykehusbehandling på grunn av spiseforstyrrelse, opplevde oppholdet slik:

*Jeg følte ikke at personalet i noen særlig grad bidro til å avklare mine psykiske problemer. Vanskene måtte jeg selv prøve å løse. Det føltes som om de la all vekt på at jeg skulle legge på meg. Alt dreide seg om mat – med dertil hørende belønning eller straff for de kiloene jeg henholdsvis la på meg – ikke la på meg. Jeg følte argusøyne på meg hele tiden og oppfattet intuitivt at personalet ikke hadde full tillit til meg. Dette skuffet meg, og jeg kjente meg ergerlig – innvendig. Jeg tenkte at jeg nok skulle vise dem at jeg visste mitt eget beste. Derfor spiste jeg.*

Personalet følte heller ikke at de hadde hjulpet henne med annet enn vektøkning. At hun ble så raskt frisk var for godt til å være sant. Hun var ikke som de fleste andre personer med spiseforstyrrelser de hadde møtt. Flere av de andre hadde vært mye mer "tverre", "opposisjonslystne" og "sinte". Vanligvis var maten og kiloene gjenstand for kamp. Men med denne unge kvinnen var det annerledes. Hun virket imøtekommende, vennlig og høflig. Krevende var hun heller ikke. Derfor var de redde for at det ville komme et tilbakefall etter utskrivelsen. Pasienten forteller videre:

*Jeg har alltid hatt vansker med å utlevere meg selv. Iblant ønsket jeg å kunne sette meg ned sammen med en enkelt person og snakke. Om ikke annet så bare for å lette trykket. Men jeg kvidde meg, fordi jeg ikke ikke lyst til at alt jeg fortalte skulle bli diskutert på rapportmøtene... Jeg følte også at jeg la beslag på dyrebar tid hvis jeg ba om oppmerksomhet. Det var jo alltid et eller annet møte som stod på trappene. Jeg prøvde å forstå dem. Mange ganger måtte det sikkert være vanskelig å få tiden til å strekke til. Jeg fikk heller prøve å være tålmodig og takknemlig for den hjelpen jeg tross alt fikk.*

*Det føltes fint når noen kom inn til meg på rommet. Noen fikk jeg bedre kontakt med enn andre – og det er vel naturlig? I denne forbindelse vil jeg si at det hadde mye å si om vedkommende var villig til å gi noe av seg selv. Det å kunne diskutere andre ting enn min sykdom gav meg følelsen av å bety litt mere enn bare å være i avdelingen for å tilfredsstillte personalet ved å legge på meg.*

I den første tiden lå pasienten oftest til sengs. Hun fikk tilmålt omsorg og kontakt – alt etter hvor mye hun la på seg.

*En annen ting som var frustrerende, var at hver gang jeg hadde vært hjemme, ble jeg gransket for at de skulle finne noe å sette fingeren på i forhold til foreldrene mine. Slik føltes det i alle fall. Men jeg opponerte aldri. Jeg regnet med at de nok visste mitt eget beste. Jeg følte at jeg mistet alt ansvar for meg selv ved innleggelsen. Jeg var redd for å miste denne muligheten til støtte som personalet gav. Til tider føltes dagene uendelige lange, spesielt i den tiden jeg lå til sengs. Hadde pleierne og sykepleierne ikke lov til å snakke med meg så mye de ville?*

Slik opplevde én pasient møtet med de profesjonelle hjelperne – de som er trent i å møte mennesker med psykiske plager. Men andre har nok andre erfaringer å se tilbake på.

Dette kapitlet fokuserer kommunikasjon og ► relasjon. Dette gjøres gjennom å avklare noen sentrale aspekter ved kommunikasjonsbegrepet. Dernest blir karakteristiske trekk ved utviklingen av en samarbeidsallianse mellom sykepleier og pasient beskrevet, etterfulgt av synspunkter på hvordan den verbale kommunikasjonen i ► sykepleier-pasient-fellesskapet kan fremmes. Til slutt presenteres en samarbeidsplan, som kan være et tjenlig hjelpemiddel i arbeidet med pasienten frem mot større selvinnsikt og situasjonsforståelse.

Noen allmenne trekk ved ► kommunikasjon

*Kommunikasjon* skal i denne sammenheng forstås som: en vedvarende, dynamisk og foranderlig prosess – og et symbolsk samspill – hvor man påvirker andre og selv påvirkes. Det er aldri bare tale om å overføre informasjon eller mening fra en person til en annen. Mening skapes i dialog gjennom gjensidig forhandling mellom personene som er involvert. Ordet kommunikasjon kommer fra latin, *communis*, og betyr å ha felles. I samhandling mellom mennesker er kommunikasjon en nødvendig forutsetning for fellesskap – enten det dreier seg om samvær, samtale eller samforståelse.

Å utvikle felles forståelse og fellesskap skjer i et dynamisk samspill mellom mennesker. Virkemidlet i denne relasjonen er altså kommunikasjon, som både er a) en mangesidig prosess og b) et ► symbolsk samspill (jf. Stensaasen & Sletta 1993; Wilson & Kneisl 1996). Samspillet influeres av persepsjon, verdier og kultur. Psykologiske forhold knyttet til selvbildet (for eksempel selvaktelse), rolleoppfatning – og dermed forventninger til seg selv og andre – vil ha betydning for forløpet av kommunikasjonen.

Det budskap som formidles har videre både en innholdsmessig og en relasjonell komponent. Den innholdsmessige delen av et budskap dreier seg om det som faktisk sies med ord, uansett om informasjonen er sann eller falsk. Den relasjonelle delen handler om hvordan ting formidles, og her er det den non-verbale kommunikasjon som står i fokus – og dermed hvordan innholdet i budskapet blir oppfattet av mottageren.

### ► Kommunikasjon som prosess

Ved at man fokuserer prosessen, understrekes at forhandlingen frem mot mening er foranderlig. Dette henger sammen med at kommunikasjon skjer mellom mennesker som er forskjellige i forutsetninger, sinnsstemning og dagsform. Dessuten vil situasjonen og omstendighetene rundt kommunikasjonen variere, og derfor virke inn på det klima og den atmosfære samhandlingen skjer innenfor. For å mestre de ulike omstendighetene, er det nødvendig at deltagerne gjensidig klarer å tilpasse seg situasjonen og hverandre (jf. Stensaasen & Sletta 1993). En slik forståelse er vesentlig å ha når en samarbeidsallianse



skal utvikles. Kontaktetablering forutsetter evne til å oppfatte den andre – og situasjonen de er sammen om å skape – og at man ut fra denne situasjons- og personforståelsen evner å variere og tilpasse kommunikasjonsmåtene deretter.

### ► Kommunikasjon som symbolsk samspill

Menneskelig kommunikasjon skjer ved hjelp av symboler (primært med ord, men også klesdrakt, håndtrykk og kroppsholdning). Utfordringen i kommunikasjonen ligger bl.a. i at symboler per definisjon har en annen (og vesentligere) betydning enn det som umiddelbart oppfattes. Symbolene uttrykker noe som peker utover det umiddelbart gitte. Gjennom dem bygger vi opp en virkelighet som ikke kan nås på andre måter. Symboler brukes for å overføre tanker, opplysninger og erfaringer til andre. Derfor vil evnen til å abstrahere og symbolisere være en viktig forutsetning for utvikling av relasjoner. Sykepleieren trenger innlevelse i den andres situasjon for å vite hvilke symboler som er passende for å formidle ideer og kunnskaper – eller for å markere at man har forstått (eller ønsker å forstå) den andre. Stensaasen og Sletta (1993) poengterer at symbolene er viktige, men problematiske. Dette har sammenheng med at ord, som brukes om fenomener, ting, hendelser og opplevelser, ofte er mer eller mindre tilfeldige. Dessuten er ordene mangetydige og har forskjellig betydningsinnhold i ulike sammenhenger.

For å kommunisere godt må de som samtaler lære seg den betydning som den andre legger i symbolene. Det betyr at de samtalende må forhandle seg frem til en felles forståelse av symbolene for å få frem meningen i budskapet.

### ► Møte mellom mennesker

Ethvert møte mellom to mennesker er en enestående hendelse i seg selv. Enestående i den betydning at akkurat dette møtet, mellom akkurat disse to menneskene, aldri har skjedd før og aldri kommer til å skje om igjen. Et hvilket som helst møte mellom to mennesker vil alltid bli stående som noe helt spesielt, noe som har sin egen karakter, sitt eget innhold. Denne enestående hendelse og opplevelse må tas imot og tas vare på som det enestående den er (Størksen 1980, s. 18).

Er det slik det føles når vi møter den enkelte pasient? Kan det være slik pasienten opplever møtet med de profesjonelle hjelperne? Vi blir så lett ufølsomme for disse møtene, fordi vi opplever så mange av dem. Det koster noe å investere seg selv som helt menneske i forhold til et annet. Av og til orker vi ikke å åpne for andres smerte og uro. I perioder har vi nok med vårt eget. Man kan bli trett av å gi. Kommer det av at vi ikke åpner for det vi kan få i slike møter? Alle våre summariske møter med pasienter hindrer oss i å oppleve at det i ethvert møte – i ethvert forhold – er noe å gi og noe å få.

### ► Empati

Det er viktig å være der når pasienten trenger å lette trykket – enten det er et angstfylt eller et gledelig trykk. Å være seg selv, ekte og nær, skaper grunnlag for betydningsfulle møter. Dette krever empati, dvs. innlevende forståelse. Det viktigste er å bli *forstått*; empatien kan styrke forståelsen. Rognes (1979, s. 36) utdyper empatisk forståelse slik:<sup>1</sup>

Empati innebærer altså at man gjennom en form for prøveidentifikasjon bestreber seg på å se verden – og terapeutisk sett ikke minst viktig: seg selv og virkningene av sin egen væremåte – fra den andres synsvinkel. Det dreier seg om å se verden med den andres øyne og oppleve den slik han opplever den, kanskje med vekt på den følelsesmessige koloritt. Det dreier seg om en nær terapeutisk forståelse. Den virkelige empatiske terapeut er videre i stand til å diskriminere og artikulere presist – og ikke minst konkret – sider ved klientens opplevelse som klienten selv ofte er lite oppmerksom på, eller ikke helt i stand til å artikulere.

Empati betyr altså å oppfatte mest mulig presist den andres subjektive verden (den indre referanseramme) med dens emosjonelle komponenter og meninger, *som om* man var den andre person, men uten at denne "som om"-bestemmelsen tapes. Om man taper denne presiseringen, er det ikke lenger empati, men en tilstand preget av identifikasjon. Empatisk forståelse<sup>2</sup> kan beskrives som en prosess som gjennomløper fire faser (jf. Wilson & Kneisl 1996, s. 13):

- 1 *Identifikasjon*: Man prøver gjennom bevisst avspenning å ta imot og bli virkelig opptatt av pasientens opplevelser.
- 2 *Inkorporering*: Man tar inn pasientens opplevelser og kjenner på følelsene som vekkes – i stedet for å legge inn sine egne. Hjelperen prøver på denne måten å sette seg inn i pasientens sted.
- 3 *Gjenlyd*: I denne fasen foregår det et samspill mellom de følelser hos pasienten som er internalisert i hjelperen, og de opplevelser og fantasier hjelperen selv har. Selv om man er dypt opptatt av pasientens perspektiv, kjenner man seg klart som en selvstendig og atskilt person.
- 4 *Løsrivelse*: Hjelperen løsriver seg fra den personlige involveringen i pasienten, og går helt tilbake til sin egen identitet. Man vil nå kunne benytte den gjenlyd pasientens opplevelser har gitt i hjelperen – sammen med kunnskap og refleksjon – for å gi tilbake reaksjoner som er nyttige for pasienten.<sup>3</sup>

Det er vesentlig at denne innlevende forståelsen ikke beholdes i hjelperens indre, men at hun forsøker å formidle den til pasienten. Hun gir uttrykk for at hun er med i det budskap – den opplevelse – som pasienten forsøker å innvie sykepleieren i.

---

<sup>1</sup> Rognes gjengir her sin forståelse av Carl Rogers fremstilling av empati. [jf. Rogers, C.R. (1959) A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed within client-centered framework. In: Koch, S. (ed.). *Psychology: A study of a science*. Vol. III. New York: McGraw-Hill.]

<sup>2</sup> En grundig studie av empati, ut fra en psykodynamisk forståelse, finnes i boken: Holm, U. (1987). *Empati. Att förstå andra människors känslor*. Stockholm: Natur och Kultur.

<sup>3</sup> En alternativ måte å forstå den empatiske prosessen på, finnes hos Reynolds (2009, s. 323). Her kommer også empatiens ulike komponenter frem: 1. Hjelperen må være reseptiv til den andre kommunikasjon (moralsk komponent); 2. Hjelperen må forstå kommunikasjonen ved å sette seg inn i den andres sted (kognitiv komponent); 3. Denne forståelsen må formidles til pasienten/den andre (kommunikativ komponent); 4. Pasienten må validere/gyldiggjøre hjelperens forståelse av sin verden (relasjonell komponent).

Rognes (1979) påpeker betydningen av å se verden med den andres øyne og oppleve den slik pasienten opplever den. Jeg mener imidlertid at det er nødvendig å nyansere dette standpunktet. Det ovenfor nevnte må betraktes som ideelt. I virkeligheten vil det aldri være mulig å sette foten på det sted pasienten okkuperer. Det stedet er allerede opptatt av den andre. Men målet for psykiatrisk sykepleie og psykisk helsearbeid er å nærme seg pasientens selvforståelse og hans opplevelse av verden. Å møte en slik åpen, innlevende forståelse vil kunne gi grunnlag for å vise seg selv.

### ► **Selv-avsløring**

*Jeg har alltid hatt vansker med å utlevere meg selv.*

Evnen til å avsløre seg selv i forhold til en troverdig person ses på som en verdi i seg selv, og brukes av enkelte som et mål på mental sunnhet (jf. Klotkowski 1980, Carson & Arnold 1996). Når vi bruker ordet selv-avsløring, tenker vi bl.a. på evnen til å gjøre kjent, avsløre og avdekke seg selv. Jourard (1971) definerer det som "en handling hvorved individet tilkjennegir seg selv, meddeler seg – slik at andre kan oppfatte og forstå".

Man avslører seg ikke i forhold til hvem som helst. Hvis jeg blir bedt om å fortelle om meg selv til en person jeg har et distansert forhold til, vil jeg kanskje svare: "Jeg er sykepleier og lærer." Dette er riktig nok, men utsagnet beskriver bare min yrkesrolle – ikke min person. Selv om det er en viss sammenheng mellom rolle og identitet, så avslører rollen ikke hele personen. Det vil heller ikke summen av de rollene man har gjøre. Rollene beskriver ikke det subjektive selv, siden de ikke kan avsløre min indre virkelighet og opplevelse (jf. Klotkowski 1980).

Når pasienten møter sykepleieren for første gang, ligger det forventninger om at han skal avsløre både personlige forhold og karakteristika. Dette er nødvendig for å komme videre og frem til hjelpemuligheter. Mange pasienter vil velge ut hvilke personlige opplysninger de ønsker å gi.

En del forutsetninger må oppfylles for at pasienten skal ønske å åpne seg. Sykepleieren må legge vekt på å skape et klima som gir den enkelte trygghet nok til å vise seg selv. Erfaringsmessig vil selv-avsløring lettere finne sted om sykepleieren er nærværende, varm og villig til å gi seg selv til kjenne. Forholdet bør videre være preget av gjensidig tillit og akseptasjon.

I denne sammenhengen kan det være fruktbart å se på to former å være på som menneske. Buber (1990) benevner disse som *vesensmennesket* og *bildemennesket*. Den første væremåten kan karakteriseres som å leve ut fra sitt vesen – å la sitt liv bestemmes av hva man er. Den andre væremåten består i å leve ut fra bildet – å la sitt liv bestemmes av hvordan man vil gi inntrykk av å være. Buber understreker at disse to væremåtene – eller livsholdninger – vanligvis er sammenblandet. Det finnes knapt noen som er likegyldige til hvilket inntrykk de gir andre, på samme måte som det

neppe er noen som utelukkende har latt seg lede av det. Skillet mellom disse to væremåtene viser seg på det mellommenneskelige<sup>4</sup> området hvor mennesker omgås hverandre. Et eksempel kan være der to personer ser på hverandre – og den ene tilhører den første grunntypen og den andre personen den siste. *Vesensmennesket* betrakter den andre som person. Det er et spontant blikk (men er selvsagt ikke upåvirket av hensikten med å forstå den andre) relativt upåvirket av hvordan man selv virker på den andre som man vender seg til. *Bildemennesket*, derimot, er opptatt av hvilket bilde hans egen opptreden (og blikk) vekker hos den andre. Derved søker han å la et bestemt og ønsket trekk ved sin personlighet komme til uttrykk gjennom blikket. Dette blikket utgir seg for å være spontant, men er det ikke. At denne buberske beskrivelsen har betydning for samtalen mellom den hjelpsøkende og hjelperen, burde være mulig å forstå. Utsettes den andre for hjelperens ”profesjonelle holdning” – i form av intervjuetknikk – vil han kunne føle seg hensatt i en uekte relasjon hvor han selv blir formål for den andres ensidige påvirkning. En slik oppdagelse hos den hjelpsøkende vil underminere grunnlaget for en ekte, hjelpende relasjon – hvor man kan få stå frem som den man er - fordi den mangler gjensidighet og oppriktighet i dialogen.

#### Den ► ordløse kommunikasjon

Som nevnt tidligere, vil non-verbal formidling av budskap alltid akkompagnere det talte ord. Ordene får styrke og kraft ved våre kroppslige ledsageruttrykk – på samme måte som budskapet kan kompletteres, dempes, avkreftes eller motsies av våre ansiktsuttrykk og gester, vårt tonefall og vår stemmebruk. Av og til kan også non-verbale uttrykk erstatte ordene. Eksempler på det siste kan være å klappe etter et debattinnlegg, eller å hilse med hånden til en bekjent som går på den andre siden av gaten.

Med kroppsholdning og bevegelse signaliserer vi blant annet ønsket om nærhet eller avstand, imøtekommenhet eller fiendtlighet. Disse sidene av kommunikasjonen er det nødvendig å være klar over, ikke minst når man arbeider med målrettede samtaler.

Bruk av rom og ► territorium er et non-verbalt uttrykk for hva den enkelte person ønsker av nærhet og avstand (jf. Stuart 2005). Vårt ► personlige rom er usynlig, men har kroppen som det synlige sentrum. Dermed vil rommet følge oss der hvor vi beveger oss. Territoriet, derimot, er stedbundet, og knytter seg til områder vi eier, og som vi beskytter mot andres inntrengning (hus, stue, tomt). Innenfor rom og territorium foregår vårt samspill med andre mennesker. Hvor nært andre mennesker slipper inn i vårt

---

<sup>4</sup> Buber mener med det *mellommenneskelige* det som skjer mellom mennesker – enten i full gjensidighet, eller på en slik måte at det uten videre kan identifiseres og føre til gjensidighet. For at det skal skje, er begge parter delaktighet et nødvendig krav. Den mellommenneskelige sfære bestemmes av det forhold at man står overfor hverandre, og uttrykkes på mangfoldige måter i det som kalles for *det dialogiske*. Med det menes det som skjer og skapes av felles mening *mellom* de som samtaler.

rom, avhenger av personlig trygghet og graden av tillit og kjennskap. Dette er en av årsakene til at sykepleiere og andre hjelpere må arbeide bevisst for å utvikle tillitsforholdet til pasienten slik at åpenhet blir mulig.

Det er viktig å være klar over menneskers ulike reaksjoner på nærhet. Sykepleieren kan observere pasientens toleranse for nærhet ved å legge merke til den konkrete avstand han benytter i forhold til andre mennesker og i forhold til henne selv. Pleier pasienten å flytte seg unna når sykepleieren setter seg nær ham? Noen ganger kan en økning av avstanden mellom sykepleieren og pasienten lette det ubehag og den angst som pasienten føler, slik at samtalen kan gå lettere.

Enkelte peker på at *høydeforskjell* (når man sitter på stoler av forskjellig størrelse, eller når pasienten er sengeliggende) kan gi en opplevelse av dominans eller underkastelse. Vanligvis lettes kommunikasjonen ved at man sitter overfor hverandre i samme høyde (jf. Stuart 2005; Barker 2009). Det er heller ikke likegyldig hvor samtalen finner sted. Ofte vil pasienten kunne kjenne seg friere når samtalen foregår på et nøytralt område, enn når den skjer inne på et kontor. På samme måte kan man tenke seg at pasienten føler seg mer vel i sitt eget hjem (eget territorium) enn i en institusjon.

## ► Berøring

*Berøring* involverer både personlig rom og handling. Derfor er berøring muligens det mest personlige non-verbale uttrykksmiddel. Den reaksjon som kommer hos den som berøres, vil være betinget av hvordan situasjonen er, kulturell bakgrunn, hva slags forhold man har til den andre, alder, kjønn og forventninger (jf. Carson & Arnold 1996; Stuart 2005). Berøring har lange tradisjoner i sykepleien. Den *målrettede berøring* har hatt til hensikt å hjelpe eller helbrede pasienten ved å bruke hendene (massasje eller for eksempel klapping og stryking ved leidedrensasje). Berøringen har også et trøstende og beroligende preg som fortsatt utnyttes i sykepleien. Fra å være en sentral del av sykepleien gled den aktive bruk av ulike former for berøring ut av sykepleiefunksjonen. Det ble etter hvert lagt mer vekt på tekniske kunnskaper og ferdigheter. Den aktive bruk av berøring – for å formidle avspenning, trøst, ro og omsorg – ble erstattet av *hudpleie* og *hygienisk stell* (jf. Hein 1983). Vesentlige kommunikasjonsmidler ble på denne måten lite brukt og videreutviklet. I dag er det imidlertid en voksende interesse for berøring som uttrykksmiddel og som terapeutikum.

I og med at *berøringen kan være flertydig*, avhengig av den enkeltes opplevelse, kan den misforstås. Berøring bør benyttes skjønnstomt fordi det er et kraftfullt uttrykksmiddel. Noen pasienter kan være så redde for nærhet at de kan oppleve et lett stryk over armen som uttrykk for en invasjon av ham selv – eller som en invitasjon til intimitet. Det vil derfor være viktig at man er sensitiv for pasientens

reaksjoner på nærhet og berøring. I mange sammenhenger er *fysisk berøring en betydningsfull komponent i sykepleien*:

- I forhold til dypt deprimerte pasienter kan fysisk kontakt være den beste måten å nå inn til ham på – når man skal formidle omsorg og vise at man bryr seg om ham.
- Engstelige mennesker kan oppleve det trygt å bli berørt og holdt omkring når situasjonen synes særlig truende.
- Fysisk kontakt kan være nødvendig for å hjelpe en pasient til avspenning (for eksempel ved angst).
- Når aggressive reaksjoner en sjelden gang krever at pasienten holdes fast, bør man møte ham med to av personalet – en på hver side for å holde armene. Det er meget uheldig å møte pasienten forfra og bakfra. Dette vil lett starte en kamp fordi personalet invaderer pasientens personlige rom.
- Generelt gjelder det at aggressive personer må vises respekt i forhold til deres behov for sitt personlige rom. Kommer man for nær, vil personen naturlig nok måtte verge seg og dermed sitt personlige rom.

Er man usikker på om pasienten ønsker å bli holdt i hånden for eksempel, bør man spørre: "Vil du jeg skal holde deg i hånden?" Den enkelte sykepleier må selv prøve ut berøringens muligheter i forhold til ulike tilstander og situasjoner, samtidig som man må oppøve følsomhet for hvor mye nærhet som er tjenlig for pasienten.

### ► Samtalen

Det er forskjell på å tale med en ven eller et medlem av sin familie, og den samtale man fører med en klient eller en pasient. Taler man med sine venner om deres problemer, vil man som regel sammenligne med egne erfaringer og ofte med egne problemer. Men hvis man skal hjelpe et menneske på profesjonell måte, så setter man det menneske i fokus og lytter til de følelser, han eller hun har vedrørende sitt problem, mens man skyder sine personlige bekymringer og problemer til side (Zimsen 1979, s. 131).

Svært mye av det psykiatriske arbeid er basert på ► samtaler – både spontane og avtalte. Arbeider sykepleieren i en avdeling vil hun dele mye av pasientens hverdag. Denne hverdagen gir mange muligheter til samvær og dermed *spontane samtaler*.

*Iblant ønsket jeg å sette meg ned med en enkelt person og snakke. Om ikke annet – så bare for å lette presset (jf. pasientfortellingen innledningsvis).*

Dette utsagnet understreker betydningen av å være der når behovet for noen å snakke med melder seg for pasienten. De spontane samtaler har ulik karakter og innhold. Det er blant annet gjennom disse samtalenes – i korridoren, under felles arbeidsoppgaver, ved kaffebordet og ved tilfeldige møter ellers, at vi lærer hverandre å kjenne. Vi snakker om det som opptar oss i øyeblikket. Dermed viser vi noe av oss selv, og det fører til at vi tydeliggjør hva slags personer vi er.

*I denne forbindelse vil jeg si at det hadde mye å bety om vedkommende (sykepleieren) var villig til å gi noe av seg selv. Det å kunne diskutere andre ting enn min sykdom, gav meg følelsen av å bety litt mere – (jf. pasientfortellingen).*

Studenter og nyansatte kan av og til lure på: "Hva snakker man om til psykiatriske pasienter?" Eller: "Hvor dypt skal man gå?" Dette er uttrykk for oppfatninger om at psykiatriske pasienter må møtes på en spesiell måte, og at samtalen må dreie seg om pasientens problemer hvis den skal ha noen verdi.

Dette vil føre til en innsnevret tilnærming til pasientens totalitet. Skulle man forsøke å antyde holdepunkter som svar på de spørsmålene som ble stilt, kunne man kanskje gi følgende råd:

- Snakk med pasienten slik du ville gjøre med andre du ønsker å bli kjent med – dvs. om dagligdagse spørsmål.
- Dybden i den spontane samtalen bør du ikke bekymre deg med. Det er urimelig å forvente at andre mennesker skal avsløre seg til mennesker de ikke kjenner.
- Dybden i samtalen kommer som følge av kontakt og tillit, og når tiden er moden og pasienten er beredt.
- Når man *intervjuer*, gjelder følgende prinsipper: Finn ut alt du trenger å vite og ingen ting annet. Ren nysgjerrighet har ingen plass i et profesjonelt intervju. (Dette siste rådet kan betraktes som en gylden regel i intervjuing, i følge Phil Barker 2009)

► *Den planlagte samtalen* mellom sykepleier og pasient opptrer gjerne når man har et individuelt oppfølgingsansvar i forhold til pasienten. I slike tilfeller kalles gjerne sykepleieren "individualekontakt" eller "► primærsykepleier". Denne funksjonen kan for eksempel medføre ansvar for den løpende kontakt med pasienten, oppfølging av behandlingstiltak, skrive ► ukenotat sammen med pasienten (dvs. at man ser tilbake på hva som har skjedd i løpet av uken og planlegger hva det skal arbeides med i kommende uke), representere pasienten i de fora hvor han ikke er til stede og arbeide sammen med ham om en sykepleieplan. Arbeidet med samarbeidsplanen innebærer avtalte samtaler, samt praktisk gjennomføring av tiltakene (se senere).

*Lytting* er en forutsetning for en god samtale. Det er en aktiv tilstand preget av våkent nærvær i situasjonen. Generelt vil en god lytter representere en positiv kraft som hjelper den andre til å uttrykke det han tenker, opplever og føler i forhold til et tema. Dette krever at man makter å kontrollere tendenser til utålmodighet som kan melde seg når den andre er reservert, unnvikende eller går lange omveier i forhold til temaet man samtaler om. Utålmodighet kan føre til at man kommer for tidlig frem med egne oppfatninger eller oppsummeringer (Barker 1997). Det vi kan kalle for ► *samtalekunst* har nettopp aktiv lytting som sitt fremste kjennetegn. Når vi lytter brukes alle sanser for å få fatt i både ordenes innhold og følelsene som ligger bak. Ofte kan underliggende følelser være like betydningsfulle som den mening ordene formidler. Samtalekunsten kan kanskje best utvikles om hjelperen arbeider ut fra følgende holdninger (Wretmark & Kagan (1980, s. 28):

- 1 Börja med öppen invitation.
- 2 Lyssna så länge det finns något att lyssna till.
- 3 Tänk aldrig på vad du själv skall säga när patienten tystnar.
- 4 Lyssna och reagera på affektiva budskap.
- 5 Börja lyssna från början.

## 6 Lär dig tåla och värdera tystnad.

Som det går frem er evnen til å lytte et vesentlig. Denne evnen er selve hjørnesteinen i den ► terapeutiske holdning. ► Å lytte er en aktiv tilstand som krever at man er åpen og til stede.

Når man lytter, bruker man alle sine sanser for å få fat i de følelser, der ligger bag ved ordene. Vi dækker os bag ord, men i den professionelle samtale er det ikke sikkert, at det er ordenes indhold, der er det vigtigste, i de fleste tilfælde er følelserne langt viktigere (Zimsen 1979, s. 132).

Det kan være vanskelig å lytte samtidig som man tenker på hva man skal si eller svare. Men pausene er verdifulle i den forstand at begge parter får tid til å tenke over hva som er sagt og kjenne på følelser i forbindelse med det uttalte. At man er lyttende vises ved at man ser oppmerksomt på pasienten og følger opp pasientens fremstilling med relevante spørsmål og non-verbale uttrykk som hjelper pasienten til å utdype tanker og følelser.

Noen ► holdepunkter for samtalekunst

I det følgende vil jeg presentere noen momenter til samtalekunst. Det er viktig at ferdigheter i å samtale ikke anvendes som teknikk, fordi den gir samtalen et mekanisk og uekte preg. Å bli utsatt for *samtaleteknikk* kan ha den virkning at pasienten etter samtalen kjenner seg manipulert; han har sagt ting han ikke har ønsket å si – ting han kanskje heller ikke egentlig mente. Teknikk som brukes på denne måten tingliggjør pasienten, og bidrar til distanse og mangel på ekthet. De momentene som presenteres er ment som en støtte til å fremme forståelse av pasientens situasjon. I en *ekte samtale* i eksistensiell forstand er den andre en partner, noe som innebærer at den ene (for eksempel hjelperen) bekrefter den andre og aksepterer ham som person i et *jeg-du forhold* (Buber 1994). Begge deltar i en slik samtale med hele seg. Å være tillitsfull og uforbeholden er kjennetegn på en ekte samtale (Buber 1990). Følgelig kan ikke en slik samtale forhåndsdisponeres, dvs. at man innen samtalen starter skal bestemme hva den skal inneholde, og hvordan den bør/skal forløpe. For hjelperen vil derfor en åpen innstilling til hva både spontane og avtalte samtaler kan føre til av ny innsikt og dypere forståelse (av den andre og av seg selv) være en betydningsfull grunnposisjon.

### **Kjennetegn på den gode samtalepartner**

Carson og Arnold (1996) har trukket frem syv karakteristika ved hjelpere som kommuniserer godt. Disse skal kort omtales: 1) *Selvforståelse*: Den som kommuniserer godt er klar over sin egen kommunikasjonsstil (styrke og svakhet), og hvordan denne virker på andre. Hun vet at omsorgsprosessen fremmes når innhold og form oppleves kjent for pasienten, og at den hindres når kommunikasjonen oppleves fremmed. Derfor søker hun å videreutvikle sine samtaleevner. 2) *Våkenhet for den andres behov*: Den som samtaler godt er sensitiv for lytterens behov. Hun er klar



over at selve måten budskapet formidles på kan være like avgjørende som ordene som brukes. Derfor søker hun å tilpasse stemmebruken slik at den passer til situasjonen og bidrar til å skape en god samtaleatmosfære. Hun er videre klar over at terapeutisk kommunikasjon er en mellommenneskelig prosess som er grunnlagt i gjensidig respekt. 3) *Enkle, klare budskap*: Den som samtaler godt bruker ord som er klare og lette å forstå. Det verbale støttes opp av det nonverbale budskap. Hun avstår fra fagterminologi og bruker i stedet hverdagspråket. Enkelte ganger kan metaforer og parafraser benyttes for å stimulere forståelsen. 4) *Budskapet er tilpasset*: Den gode kommunikator vurderer budskapet i forhold til situasjonen og pasientens emosjonelle tilstand slik at budskapet oppleves som meningsfullt. 5) *Kommunikasjonen er fleksibel*: Den som kommuniserer godt bruker en fleksibel kommunikasjonsstil. Hun tar hensyn til de gjensvarene pasienten gir gjennom hele samtalen. Hun vurderer hvordan hun best når frem til ulike personer og tilpasser fremstillingen etter deres forskjellige behov og sinnsstemninger. 6) *Passende "timing"*: Gode kommunikatorer forstår at man må være våken for når det riktige tidspunktet er for å presentere sitt budskap. 7) *Validering*: Den som samtaler godt undersøker jevnlig om budskapet er forstått.

Disse kjennetegnene kan man ha som referansepunkter når man skal vurdere egne kvalifikasjoner som samtalepartner – og når man selv skal evaluere kvaliteten av en gjennomført samtale.

### ► Å fremme verbal kontakt og forståelse

I det følgende skal prinsipper knyttet til *samtalekunsten* kort beskrives. Disse vil særlig være relevante etter at den første kontaktetableringen har skjedd.

*En ung, gift trebarnsmor kommer til psykiatrisk behandling etter et selvmordsforsøk. I lengre tid har hun vært plaget av en knugende angst. Hun har ikke tort å gå i butikken, gå på besøk eller være hjemme alene. De daglige gjøremål i hjemmet har vært som en lang serie av kraftprestasjoner. (Hun har tidligere vært til psykiatrisk behandling tre ganger.) Etter tre uker ønsker pasienten å reise hjem. Personalet synes denne avgjørelsen virker lite gjennomtenkt. Det er ennå mye igjen å bearbeide i forhold til hennes vansker. Sykepleieren, som er primærkontakt, vil prøve å hjelpe henne til å se konsekvensen av sitt valg.*

Med utgangspunkt i denne pasientens situasjon, vil jeg belyse noen prinsipper som kan brukes for å hjelpe pasienten til å reflektere grundigere over situasjonen.

- 1 Gjenta pasientens kommentar, spørsmål eller ønske: "Du ønsker å reise hjem nå?" (Det er grunn til å anvende denne reaksjonsformen med forsiktighet. Den kan lett få et anmassende "papegøye-preg".)
- 2 Still et lignende spørsmål for å klarlegge nærmere det pasienten mener: "Tror du at du ville føle deg bedre hvis du reiste hjem i dag?"
- 3 Still et spørsmål i forbindelse med det pasienten presenterer, slik at hun får anledning til å se situasjonen i et videre perspektiv: "Hvordan tror du at du vil klare barna og arbeidet i huset hvis du reiser hjem nå?"
- 4 Lag et åpent spørsmål som pasienten kan avslutte: "Når du kommer hjem, så vil du –?"
- 5 Sykepleieren kan reflektere pasientens antatte følelser: "Det må være vanskelig å være her på avdelingen når du har så mye du skulle ha gjort hjemme?"

For å lette den verbale kontakten – særlig i relasjonens arbeidsfase – vil følgende prinsipper være tjenlige (jf. Stuart 2005; Barker 2009):

- *Gi brede åpninger:* "Er det noe du har lyst til å snakke om? Hvor har du lyst til å begynne? Hva er det du sitter og tenker på nå?"
- *Gi oppmuntring til å fortsette:* "Kan du fortelle mer om det?" Man følger pasientens ledetråd – tar utgangspunkt i det han sier – heller enn å dirigere samtalen selv.
- *Observer og sett navn på det du ser:* "Det virker som om du blir ergerlig når du snakker om mannen din. Er det riktig?" Prinsippet er at man sammenholder egne observasjoner med pasientens opplevelse.
- *Ikke bare fornuft – men også følelser bør frem:* "Hvordan føles det å bo så langt fra barna dine?" «Det du nettopp fortalte, må være temmelig leit for deg?" Det er viktig at man lar pasienten få tid til å reflektere og kjenne etter før han svarer.
- *Prøv å sette ord på det underforståtte:* "Mener du med det du sier nå at du kjenner deg avvist, i og med at mannen din er så mye borte?" Samtalen blir mindre dunkel når sykepleieren prøver å si med ord det pasienten hentyder til.
- *Fokusering:* Det letter samtalen for begge parter hvis man konsentrerer seg om ett tema om gangen. Av og til springer pasienten fra tema til tema uten at noe blir avklart. Da er det nødvendig å trekke pasienten inn igjen. "Nå snakker vi visst om flere ting på en gang. Kan du prøve å ta opp igjen det du sa om –?"
- *Unngå å legge ord og svar i munnen på pasienten:* Få frem hans syn, hans opplevelse og vurdering. Man bør derfor unngå slike uttrykk: "Det er vel slik at –, ikke sant?"
- *Begrens bruk av spørsmål som kan besvares med "ja" og "nei":* Man bør heller la spørsmålene være åpne ved å anvende ord som: hva, hvordan, fortell, kan du si litt om. Eks.: "Du sier at du er så bekymret for mannen din. Kan du si litt mer om det?"
- *Det holder med ett spørsmål om gangen.*
- *Trekk sammenligninger – og be pasienten se på tidligere erfaringer med lignende atferd:* "Hvordan har det gått tidligere når du har reist på permisjon uten å planlegge hva du skulle bruke den til?"
- *Oppsummering av samtalen:* Det vil skape en helhet over samtalen hvis man oppsummerer hva den har dreiet seg om.

Ved å anvende disse prinsippene vil hjelperen kunne skape grunnlag for større forståelse av pasientens situasjon. For pasientens del vil økt selvinnsikt kunne bli resultatet. Innholdet i dette relasjonsarbeidet skal utdypes i det følgende.

## ► Sykepleier-pasient-fellesskapet

Sykepleier-pasient-fellesskapet bygger på en helhetlig og eksistensiell-humanistisk tenkning. En slik posisjon er nok ikke den mest dominerende tilnærming for tiden – gitt den vekt som legges på rask diagnostisering, standardisering av prosedyrer med manualisering og generaliserte behandlingsformer som er evidensbasert. Men den eksistensielle tilgang vil stadig være betydningsfull så lenge det dreier seg om forståelse av menneskers livssituasjon og deres måte å være i verden på med de problemer og utfordringer de møter med hensyn til frihet og ansvar for valg i ulike livssituasjoner.

Utfordringen for hjelperen er å nullstille seg – parentessette egen forforståelse og fordommer for å øke evnen til mottagelighet. For å kunne bli kjent med pasienten, trengs tid og rom slik at han kan komme frem som person. Derfor starter hjelperen fra begynnelsen – slik man må gjøre med en hver ny person som søker hjelp – med å lytte til hans fortelling: Historien om denne unike person: *Trond*. Slik blir han enestående i sitt mentale univers og med reaksjoner og trekk som gradvis blir forståelige. Trond får på denne måten ledet hjelperens oppmerksomhet inn i sin måte å forstå eller ikke forstå sammenhenger ut fra hans egen logikk. I denne første fasen av samarbeidet går vurderingen begge veier (6); Trond tas imot, vurderes – og det samme gjør Trond i forhold til hjelperen: Hva slags person er han stilt overfor – er vedkommende interessert, engasjert og tillit verdig?

Det fenomenologiske perspektivet er nødvendig i psykiatrisk sykepleie. Dette perspektivet er hverdagsnært og handler om mestring av de livspåkjenninger og lidelsesuttrykk som hemmer personen i å kunne leve livet sitt slik han ønsker. Derfor må hans forståelse og erfaringer søkes (erfaringsbasert evidens) for å bidra til å utfylle og utfordre den erfaringsbaserte og teoretiske kunnskapen hjelperen har. Generelt tar den fenomennære tilnærmingen utgangspunkt i den enkeltes fortelling om seg selv og sin situasjon. Det er nødvendig i et samarbeid hvor hjelperne skal forsøke å forstå og støtte personen til å komme på sporet igjen av sitt liv og sine prosjekter.

Oppgaven dreier seg om å møte mennesker i deres livsverden, i deres eksistensielle situasjon, for å forsøke å forstå og la seg belære som hjelper for så å kunne gå inn i et felles arbeid for å få grep om det den aktuelle person sliter med. Trond må ”gå veien” og de ansattes oppgave er å være lydhøre ”følgesvenner”. Det innebærer å veksle mellom å gå foran og vise vei, gå støttende ved siden – og av og til gå etter for å forsøke å fange opp og gi nye innspill til hans personlige fortelling. Det siste forutsetter en åpen og utforskende holdning.

Å undersøke Tronds livsverden, vil ut fra en helhetlig-eksistensiell tilnærming kunne gjøres ved å se på flere aspekter av denne verden (van Deurzen-Smith 1995): *Egenverdenen* er der hvor personen

opplever seg selv, lærer og får innsikt. *Medverdenen* er der hvor vedkommende lever sitt relasjonelle liv. *Omverdenen* består av natur og kultur som vi tilpasser oss og forholder oss til på vår måte. *Oververden* representerer det åndelige og meningsbærende perspektivet.

Det hermeneutiske aspektet i en forstående praksis er dessuten nødvendig fordi hjelperen må arbeide med sin forståelse. En hovedtese innen hermeneutikken er at man ikke bare trenger å forstå delene for å kunne gripe helheten. Helheten må også forstås for å få grep om delene. For å forstå Trond, er det nødvendig å nærme seg ham i den helheten han er en del av og den enhet han representerer. Det fenomenologiske perspektivet bidrar til å løfte frem hans opplevelse av mening med lidelse og funksjonshindringer. Empati, og å prøve å møte Trond så langt det lar seg gjøre forutsetningsløst, vil gi innsikt i hva det innebærer for ham å slite psykisk. Derfor er bindestreken: hermeneutisk-fenomenologisk et uttrykk for kombinasjonen av de to tilnærminger. Begge er viktige posisjoner i det konkrete samarbeidet med pasienten og er avgjørende for å utvikle kunnskap om psykisk lidelse.

Den fenomenologiske inngangsposisjonen er dessuten viktig for å søke å holde orden på egen forforståelse, sette den i parentes – ikke lett, men nødvendig. Hjelperen trenger å klargjøre egne verdier slik at man ikke roter til og tror at det er pasientens verdier man forsøker å realisere når det faktisk er ens egne. Derfor er selvinnsikt hos hjelperen nødvendig. Samtidig, for å forstå det som kommer frem i Trond fortelling, må etter hvert parentesens åpnes slik at forforståelsen kan benyttes for å forstå hva hans ulike uttrykk dreier seg om. Samtidig må man alltid bære med seg en vilje til å la seg korrigere av hans presisering og forståelse.

Den helhetlige, hermeneutisk-fenomenologiske og eksistensielle tilnærming til psykiatrisk sykepleiepraksis bidrar til å kunne nærme seg pasientens selvforståelse og opplevelse av verden. Her vil det helhetlige menneskesynet, som er innebygget i hermeneutikken, være avgjørende for å forstå og møte de problemer Trond lever med.

I en akuttavdeling har helhetsperspektivet trange kår; det er derfor en fare for at pasienten ofte tenderer mot å bli redusert til sin diagnose. Mange ganger blir primæroppgaven å stabilisere pasientens tilstand ved hjelp av medisiner, beroligelse og vennlighet. Følgelig blir mindre oppmerksomhet viet spørsmål om hvordan vedkommendes livsmiljø er og hvordan hans prosjekter og liv i familie og nærmiljø har preget ham. Slike informasjonen vil imidlertid være avgjørende for å hjelpe Trond til å kunne fremstå som person med sin særegne form for lidelse.

Lidelsens ulike uttrykk kan hindre den helsefremmende opplevelsen av helhet og sammenheng. Hjelpenes viktigste bidrag er omsorg og lindring av lidelse. For å forstå og møte personen Trond, er det viktig å se lidelsesuttrykkene flerdimensjonalt. Ut fra en holistisk-eksistensiell forståelse skilles det ut fire delvis sammenvevde former:

1. *Sykdomslidelse*: Denne lidelsen henger først og fremst sammen med opplevelsen av sykdom eller sykdomstilstand – og de konsekvenser dette medfører i livssituasjonen. Personen vil her i stor grad forklare sin lidelse ut fra sykdommen og henviser til diagnosen og behandlingen.
2. *Eksistensiell lidelse*: Denne dreier seg om en livslidelse som følger savn av livsmening, dvs at man ikke ser mål eller mening med livet – at man ikke vet hvorfor man lever – bare eksisterer. Lidelsen oppleves i relasjon til det egne, unike livet. Personen bærer på innsikten om menneskets adskilthet og ensomhet og relaterer lidelsen til eget liv og situasjon.
3. *Omsorgs- og behandlingslidelse*: Dette er en lidelse som primært kan oppstå i relasjonen mellom den som søker hjelp og hjelperen/hjelperne. Personen kan oppleve lidelsen som savn av en virkelig relasjon – eller erfare relasjonen som uverdigg eller ikke-delende og kjærlighetsløs. Omsorgslidelsen kan oppleves som en krenkelse av ens verdighet, fordømmelse eller straff – samt som maktutøvelse og mangel på omsorg. Behandlingslidelsen kan også dreie seg om å bli fratatt følelser og påført plagsomme bivirkninger (medikamentell behandling) og å bli angrepet i sin autonomi gjennom ulike former for tvang.
4. *Sosial lidelse*: Den sosiale lidelsen er forbundet med reduserte muligheter til samfunnsdeltagelse, og til samfunnsmessige reaksjoner på personers sykdomsuttrykk i det offentlige rom. Sosial lidelse oppleves i forhold til tap av en verdsatt rolle, mangel på meningsfulle oppgaver – eller opplevelse av fattigdom, boligproblemer, utstøting, ensomhet, isolasjon og diskriminering. Den sosiale lidelsen er nært knyttet til den eksistensielle. (Lindhold & Eriksson 1993. Se forøvrig kapittelet *Mani*)

God psykiatrisk sykepleie – et godt psykisk helsearbeid – vil ha denne nyanserte forståelsen av lidelse. Det er her man skal hente opplysninger om hva det er personen trenger hjelp til for å lindre lidelsestrykket.

Hvis man ser på utviklingen av sykepleier-pasient-fellesskapet i forhold til tidsdimensjonen, vil man vanligvis se at den gjennomløper fire ► faser:<sup>5</sup>

*Figur X.1 Fasene i sykepleier-pasient-fellesskapet* **Sett inn figur her.** Samme som forrige utgave.

#### ► Forberedelsesfasen

I denne fasen har sykepleieren og pasienten ennå ikke møtt hverandre. Pasienten opplever problemer og kjenner behov for hjelp til å løse disse. En terskel må overstiges før han tar sjansen på å søke hjelp. Pasienten kan føle at det går på selvaktelsen løs hvis han må søke hjelp. Det vil innebære at han må

---

5 For nærmere utdypning av disse fasene henvises til: Hummelvoll J.K.(1997). Psykiatrisk sykepleie – en holistisk-eksistensiell tilnærming. Art i: Hummelvoll, J.K. & Lindström, U.Å. (red.). *Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur. En vakker skjønnlitterær tilnærming til relasjonsdannelse og -avslutning er beskrevet i Antoine De Saint-Exupéry (1986). *Den lille prinsen*.

erkjenne at han har kommet til kort i forsøket på å ordne opp med sine egne problemer. Pasienten har selv gjennom sin bakgrunn og erfaringer gjort seg opp et bilde om hvordan psykiatriske pasienter er. Dette bildet er ofte stereotypet preget. Kanskje har han opplevet naboer, arbeidskollegaer eller bekjente som har måttet søke psykiatrisk hjelp, og har oppfattet hvordan disse har blitt negativt omtalt. Med større eller mindre klarhet vil han vurdere omkostningene ved å søke hjelp, og sette disse opp mot hva det koster å la være. Etter hvert vil behovet for behandling prioriteres. Pasienten vil komme til det første møtet med mange, og til dels uklare forventninger.

Sykepleieren vet at pasienten skal komme. Er vedkommende erfaren, vil hun kanskje ikke reflektere så mye over dette. Ofte vil hun kanskje ha en indre forvissning om at det nok skal gå bra – slik det har gjort tidligere.

For novisen i faget (studenter og nyansatte) vil det stille seg annerledes. Hun vil bære med seg fordommer og feiloppfatninger i forhold til psykiatriske pasienter, som folk flest er preget av. Disse forhåndsoppfatningene kan skape engstelse og usikkerhet. Den uerfarne vil lure på om hun virkelig kan make å hjelpe. Vil møtet være av verdi for pasienten? Hun har kanskje forestillinger om at hun kan si «gale ting» som kan få pasienten til å bryte sammen, bli sint eller avvise videre kontakt. Enkelte noviser vil spørre seg selv om hun er sterk nok, sunn nok – til å være til virkelig hjelp. I en slik forberedelsesperiode vil det være nyttig å samtale med en erfaren sykepleier om sine spørsmål og sin egen usikkerhet. Derfor vil det være behov for et etablert veiledningssystem som kan trygge og videreutvikle den som er ny i faget.

Men både de uerfarne og de erfarne trenger forberedelse. Kanskje burde nettopp de av oss som har relativt fyldig erfaring stoppe opp av og til, og stille spørsmål ved vår egen oppfatning av psykiske lidelser og menneskene bak dem:

- Forventer jeg en sykdomsspesifikk atferd hos de pasientene jeg møter?
- Makter jeg å handle i samsvar med det faktum at det første møtet med pasienten er et enestående møte?
- Trenger jeg å føle meg betydningsfull og dermed gjøre pasienten avhengig av meg?
- Dekker jeg min usikkerhet bak en formell fasade?
- Frykter jeg nærhet så mye at jeg må holde fast på en uberørt og kjølig væremåte i forhold til pasienten?
- Møter jeg pasienten med en holdning som understreker at vårt samvær og samarbeid kan gi mulighet til gjensidig berikelse?
- Er mitt behov for å bli likt så stort at jeg reagerer med sinne og avvising hvis pasienten er uhøflig, fiendtlig eller lite samarbeidsvillig?

Denne ► selvanalysen bør finne sted i forberedelsesfasen. For øvrig vil denne fasen innebære at man ser igjennom de opplysninger om pasienten som allerede foreligger (for eksempel henvisningsskriv). Videre må sykepleieren planlegge praktiske forhold vedrørende det første møtet (rom, servering o.l.).

## ► Orienteringsfasen

Det er i denne fasen det første møtet finner sted. Den første samtalen er spesielt avgjørende for det videre samarbeid. Den er enestående og kan ikke gjøres om. Pasienten kommer gjerne til samtalen i en spent følelsesmessig tilstand. Det kan ha kostet mye av personlig overvinning å søke hjelp. Derfor vil han være spesielt følsom for de holdninger han møter hos sykepleieren. Hvis sykepleieren møter ham med en åpen og aksepterende holdning, er muligheten stor for at han selv vil svare med åpenhet.<sup>6</sup>

En nødvendig klargjøring vil være hvorfor pasienten søker hjelp, og om han gjør dette av egen fri vilje. Sykepleieren må prøve å skape en atmosfære av ► tillit, forståelse og ► åpen kommunikasjon. I fellesskap drøftes hensikten med samarbeidet. Sykepleieren legger vekt på at fokus for arbeidet vil være pasientens erfaringer, opplevelser og de problemer han ønsker hjelp til å løse. Derfor må pasienten inviteres til å komme frem med hva han har tenkt seg skal skje. Å klargjøre ► samarbeidskontrakten innebærer bl.a. at man bestemmer hvor møtene skal holdes, hvor ofte og hvor lenge hvert møte skal vare.

Så fremt det er mulig, bør kontrakten være et resultat av felles drøfting. Men av og til er dette ikke så lett å få til, for eksempel i forhold til sterkt psykotiske eller svært tilbaketrukne pasienter. Under slike forhold må sykepleieren formulere kontrakten og presentere den for pasienten. Det vil da være nødvendig å ta denne opp til ny drøfting og revisjon så snart pasienten er i stand til gjensidighet.

I denne fasen søker man å bli kjent med pasientens tanker, følelser og atferdsmønster og å identifisere hans aktuelle behov og problemer. Kortsiktige mål formuleres. For pasienten vil spørsmålet om konfidensialitet og ► taushetsplikt være viktig å få besvart. Fortrolighet innebærer ikke at sykepleieren skal holde opplysninger hemmelig for andre som er involvert i pasientens behandling. Man må klargjøre at opplysninger som pasienten kommer med, og som har betydning for omsorg og behandlingen, må deles med personer som har medansvar for den. Dette er nødvendig for å få sammenheng og helhet i behandlingsopplegget. Men man kan gjøre avtale om at det som noteres fra samtalen og samarbeidet, kan leses av pasienten. For dem som er involvert i behandlingen, gjelder klar taushetsplikt.

## ► Arbeidsfasen

I denne fasen blir hovedarbeidet gjort. I fellesskap ser man på problemutløsende faktorer og arbeider med å øke pasientens ► selvinnsett. Med ► *innsikt i sykepleiesammenheng* – hvor man tar sikte på å møte pasienten som helt menneske – menes følgende:

---

<sup>6</sup> Når det gjelder intervjuing, vil jeg særlig anbefale en bok skrevet av den engelske sykepleieprofessoren Philip Barker (1997). *Assessment in Psychiatric and Mental Health Nursing. In search of the whole person.* Her behandler forfatteren meget grundig selve intervjusituasjonen og de praktiske sidene ved gjennomføringen av intervju med personer som opplever ulike psykiske lidelser.

- forståelse og erkjennelse av egne problemer og hvilken virkning disse har hatt på atferd og selvoppfatning
- forståelse og erkjennelse av egne muligheter og ressurser
- forståelse av hvordan han tidligere har forsøkt å løse sine problemer – og hvilke av disse løsningene som har virket problembevarende, og hvilke som har virket problemløsende
- klarlegging av hvordan han ønsker å ordne livet for å oppnå større tilfredshet i det daglige.

Denne innsikten må omsettes til handling for at den skal bli en del av hans erfaring.

### ► Avslutningsfasen

Det kan være vanskelig å avslutte et godt etablert kontaktforhold. Selv om sykepleieren har forsøkt å møte pasienten på en måte som ikke har stimulert til avhengighet, kan dette lett oppstå likevel. Sammen undersøker de hva som er oppnådd i løpet av behandlingen, og hvor pasienten nå står i forhold til de målene som ble formulert tidligere.

Pasienten kan vise tegn på at han kjenner seg avvist, sint eller trist. Disse reaksjonene bør tas frem og snakkes om. Kanskje har pasienten opplevet brutte kontaktforhold tidligere – og så føyer dette bruddet seg inn i rekken av negative erfaringer? Spørsmålet blir da om det går an å avslutte et kontaktforhold med en følelse av at noe positivt har hendt. Det vil være riktig å bruke tid på dette hvis frykt for avvisning og tap har hindret pasienten i å gå inn i nære personforhold tidligere.

Det vil være nyttig om man får en gradvis nedtrapping av kontaktforholdet. Dette kan gjøres ved at man ses sjeldnere, at møtene blir kortere, og at sykepleieren for eksempel i samtalen trekker inn andre som skal fortsette kontakten med ham (familie eller helsepersonell i kommunehelsetjenesten).

Sykepleieren på sin side bør være forberedt på at pasienten prøver å løse vanskene i denne fasen på sin måte. Noen mulige reaksjoner kan for eksempel være (jf. Carson & Arnold 1996; Stuart 2005):

- pasienten kan benekte at samarbeidet har hatt noen særlig betydning
- han kan opptre som om det ikke blir noen avslutning
- han kan vise sinne og fiendtlighet åpenlyst eller indirekte ved å glemme avtalen, komme for sent eller legge opp til en meget luftig og overfladisk samtale
- pasienten kan få en økning i symptommengden.

Sykepleieren kan lett føle seg avvist av pasienter som reagerer slik; hun vil kanskje tro at hun har mislykkes i sitt arbeid (noe som selvsagt er en mulighet). Men hvis sykepleieren er klar over disse reaksjonsmåtene, kan hun diskutere dem med pasienten – om de skulle opptre.

### **Samarbeidsplanen - en ramme med innhold**



Samtaler over tid og relasjonsbygging er en betingelse for å kunne realisere en humanistisk menneskeoppfatning i samarbeidet. Samtalen er selve grunnpilaren i utvikling av en tillitsfull relasjon. Det at pasienten kan åpne seg for lydhøre og oppmerksomme hjelpere, kan bidra til at han med sin åpenhet, og hjelperens lyttende holdning og forstående innstilling, kan bidra til at han forstår seg selv bedre, at han får anledning til å fortelle sin historie på en ny måte, og slik få hjelp til se seg selv på nytt gjennom den andres forståelse. Derfor har relasjonen en mulighet i seg til heling og til å få grep om situasjonen og hverdagslivet. Ord skaper hva de nevner: måten personen omtaler seg selv på, selvbildet som presenteres, farges nettopp av presentasjonen. Å bli møtt med respekt av hjelperen, kan gradvis bidra til at selvbildet korrigeres. Respekt betyr å *se på nytt* – det vil si å kunne se og forstå seg selv annerledes med de muligheter som foreligger. Godt psykisk helsearbeid og god psykiatrisk sykepleie har innsiktsøkning som et kjennetegn. Men da dreier det seg om en annen type innsikt enn den tradisjonelle sykdomsinnsikt.

Forskjellige pedagogiske hjelpemidler kan benyttes for å bli kjent med personen som søker hjelp. Han kan inviteres til å samarbeide med sykepleieren om en samarbeidsplan som vil være en metode for å bli kjent med deler av personens mentale univers. Planen består av fem komponenter, nemlig *problemer* (eg. lidelsesuttrykk), *ressurser*, *tidligere problemløsninger*, *ønskemål* og *ny problemløsning*. (se fig X.1).<sup>7</sup>

Planen har følgende utforming:

Problemer	Ressurser	Tidligere problemløsninger	Ønskemål	Ny problemløsning
Hva er det som plager deg mest slik du nå har det? Hvorfor søker du hjelp?	Hva er du fornøyd med i livet ditt? Hvilke egenskaper ved deg selv setter du pris på? Hvilke interesser har du? Har du noen å snakke med om	Hvordan har du forsøkt å løse vanskene dine tidligere?	Hvordan mener du din livssituasjon skulle være for at du skulle kunne leve et mer tilfredsstillende liv?  (Forsøk å konkretisere ønskene i forhold	Kan du tenke deg andre måter å løse vanskene dine på? Hvilke fordeler og ulemper vil den nye løsningen medføre for deg?  Hvilke av de nye mulighetene vil du prøve?

<sup>7</sup> Spørsmålene på planen er inspirert av Glasser W. (1977). Realitetsterapi. København: Gyldendal. Tidligere ble denne planen omtalt som *sykepleieplan*. Det er endret fordi benevnelsen assosieres lett med at det er sykepleierens plan. Noen velger å kalle den *pasientens plan* (Andvig et al 2010). I realiteten er det en individuell plan med fokus på relasjon og samarbeid. Derfor *samarbeidsplan*.

	det som opptar deg?		til familieliv, bosituasjon, arbeid og fritid.)	Hvordan mener du personalet best kan hjelpe deg?
--	---------------------	--	---	--

Figur X.1. Samarbeidsplan

De fire første komponentene er et forsøk på å nærme seg personens livsverden, samtidig som det er et uttrykk for det *innsiktsbegrep* som ligger innebygget i en helhetlig, eksistensiell modell for psykiatrisk sykepleie. Helhetssynet innebærer allment at hjelperen søker å stimulere pasientens forståelse og erkjennelse av egne problemer, muligheter og ressurser, og hvilke faktorer utenfor ham selv som påvirker disse. Videre vil innsikt medføre en forståelse av hvordan pasienten tidligere har forsøkt å løse problemer, og en innsikt i hvilke verdier han ønsker skal styre sitt liv. Arbeidet med planen karakteriseres av en søken etter forståelse (i følge hermeneutisk tolkning). Det skjer gjennom en stadig konkretisering av den enkelte komponent på planen og å se etter sammenhenger. På denne måten vil pasientens innsikt – og sykepleierens kjennskap til ham – øke. Samarbeidsplanen dokumenterer virksomheten, strukturerer samarbeidet og bidrar dermed til større oversikt over livssituasjonen. I tillegg utfordres til handling i vid forstand. Den hverdagsnære omsorgen kommer frem gjennom å undersøke hva personen selv har tenkt å gjøre med den økte selvforståelsen – og hva han eller hun trenger hjelp, støtte og utfordring til å gjennomføre. Arbeidet med planen forutsetter en autentisk dialog hvor pasienten og sykepleieren arbeider og forhandler seg frem til hva som skal stå på den. Ved å bruke pasientens og alliansens ord, vil trolig noe av den fremmedgjøring og maktesløshet, som lett kan følge bruk av fagterminologi, bli redusert.

### Praktisk bruk av samarbeidsplanen

Planen kan benyttes i undervisning av helsepersonell for å fremme en pasientsentrert og helhetlig tilnærming til pasientens aktuelle livssituasjon, den kan brukes som en referanseramme eller tankemodell i det daglige arbeid med pasientene – og anvendes konkret som et arbeidsredskap i ► samarbeidet mellom sykepleier og pasient. Det er den siste bruksmåten som skal belyses her. Hvis man knytter arbeidet til fasene i ► samarbeidsprosessen, kan følgende fremgangsmåte anbefales:

### Orienteringsfasen

Mål:

- 1 Å få en oversikt over pasientens situasjon slik han opplever den.
- 2 Å kartlegge pasientens problemer, ressurser, tidligere problemløsninger og ønskemål.
- 3 Å avklare samarbeidskontrakten.
  - Presentasjon av planen og hvordan den skal brukes.
  - Orienter om hvem som får adgang til å lese den.
  - Pasienten får planen og blir bedt om å besvare spørsmålene skriftlig eller muntlig innen en avtalt tid. Pasientens egne ord skrives ned på planen.
  - Man arbeider særlig med de fire første rubrikkene.
  - Ta utgangspunkt i det pasienten har skrevet (eller sagt) og utdyp dette.

- Bruk tid til å bli kjent med pasientens måte å tenke og vurdere på: Få innblikk i hva som er truende og utrygt i hans verden, og hva som skaper glede og trygghet.
- Bli enig om hva man i første omgang skal konsentrere arbeidet om (hva som plager ham *mest*).

### Arbeidsfasen

#### Mål:

- 1 Å bearbeide pasientens selvopfatning.
- 2 Å øke pasientens innsikt og situasjonsforståelse slik at han kan se valgmuligheter og hvilke konsekvenser disse kan få.
- 3 Å hjelpe pasienten til å omsette bedret ► selvinnsikt til handling.
  - Sykepleieren skriver samarbeidsplanen (fungerer som ”sekretær”).
  - Man bearbeider pasientens selvforståelse og klargjør hva slags ønsker/mål han har for at livssituasjonen skal bli bedre. (Målene som pasienten formulerer, angir retningen for samarbeidet.)
  - Arbeidet er her-og-nå-orientert. I fellesskap leter man etter nye måter å møte problemene på.
  - De nye problemløsningene formuleres så konkret som mulig for at pasienten lettere skal føle seg forpliktet av dem.
  - Drøft hvilke konsekvenser de ulike løsningsforslag får for ham (fordeler – ulemper).
  - Hvilken løsning har pasienten tenkt å prøve ut? Når? – Kanskje han har tenkt å la være? Tiltakene dateres. (Det letter evalueringen. Evaluering skrives på baksiden av planen.)
  - Hjelp pasienten til å prøve ut nye løsninger i praksis. Vurder graden av støtte og utfordring. Stimuler pasienten til nysgjerrighet i forhold til sin situasjon.
  - Inntrykk og opplevelser bearbeides. Det bør gå noen dager mellom hver samtale omkring samarbeidsplanen – slik at han får høste erfaringer.
  - Arbeidet med planen er uttrykk for en prosess – hvor man stadig konkretiserer problemer, ressurser og ønskemål – og på den måten utdyper pasientens selvforståelse og sykepleierens kjennskap til pasienten.
  - Noen ganger kan man konsentrere arbeidet om bestemte problemer, mens man andre ganger fokuserer ressurser eller ønskemål.
  - Når problemer er løst, kan løsningene føres over til ressursrubrikken. Dette vil være med på å understreke at det nytter å gjøre noe aktivt selv – og på den måten kan selvaktelsen styrkes.
  - Man avtaler jevnlig oppsummeringer av arbeidet. Sykepleieren lager en oversikt over hvor man står på en ny plan. Pasienten får kopi av denne, slik at han kan møte forberedt.

### Avslutningsfasen

#### Mål:

- 1 Å hjelpe pasienten til å bli klar over hva han har lært og erfart i løpet av samarbeidsperioden.
- 2 Å bearbeide pasientens evne til å fungere selvstendig.
  - Sykepleieren og pasienten oppsummerer hva samarbeidet har betydd rent praktisk og menneskelig – sett på bakgrunn av målene.
  - Sykepleieren bearbeider pasientens reaksjoner på at samarbeidet nærmer seg sin avslutning.
  - Pasientens evne til å fungere selvstendig støttes – samtidig som oppmerksomheten blir konsentrert om fremtiden.
  - Avtale eventuell oppfølging/ettervern.
  - Pasienten får med en kopi av den siste planen ved utskrivning.
  - Planen legges ved journalen.

### Modifikasjon av arbeidet med planen

Når det gjelder arbeidet med planen, må dette tilpasses pasientens funksjonsnivå – og dermed hans evne til å ta ansvar for seg selv og sin situasjon. Generelt vil pasientens funksjonsnivå kunne vurderes og beskrives langs følgende ansvarsakse (jfr. Hummelvoll et al. 1988):

## Ansvarsfritak – Medansvar – Ansvar

Denne vurderingen gjøres i fellesskap med pasient, sykepleier og evt. andre som er sentralt involvert i behandlingen. Utgangspunktet for samarbeidet er imidlertid at pasienten kan ta ansvar for sine valg og handlinger. Når pasienten selv ikke er i stand til aktivt samarbeid, fungerer sykepleieren som pasientens talsmann. Planen utformes da ut fra empatisk forståelse og fagkunnskap, slik at man kan tenke seg at pasienten ville gitt sitt samtykke til om han hadde kunnet, dvs. *hypotetisk samtykke*.

### Avsluttende bemerkninger

I dette kapitlet er det trukket frem en del forutsetninger og prinsipper for den terapeutiske samtale. Videre er arbeidsfellesskapet mellom sykepleier og pasient beskrevet som et kontaktforhold som løper gjennom fire faser. Jeg har skissert primærsykepleierens (eller individualkontaktens) funksjoner. En av disse funksjoner er planlagte samtaler med pasienten. Samarbeidsplanen er presentert som en ramme om slike samtaler.

En del erfaringer som er gjort i forbindelse med denne planen, viser at den er nyttig. Det vil imidlertid være ønskelig med flere rapporter fra praksis.<sup>8</sup> Det som særpreger de som kommuniserer godt, er blant annet at de har god selvforståelse og er oppmerksomme på andres behov. De gir enkle, klare budskap som er tilpasset pasientens situasjon – og er responsive i forhold til andres behov. De ser videre betydningen av god ”timing” for et positivt utfall av samtalen, og de undersøker jevnlig om den andre har forstått budskapet. God kommunikasjon dreier seg med andre ord om å skape felles forståelse.

Avslutningsvis vil jeg trekke frem noen refleksjoner om de terapeutiske muligheter som både spontane og avtalte samtaler kan gi. Refleksjonene stammer fra Hildegard Peplau (1994). Hun poengterer at hver profesjonell kontakt med en pasient – uansett hvor kortvarig den er – er en viktig mulighet til å gi pedagogiske impulser. Muligheter for situasjonsbestemt veiledning finnes det mange av, men

---

8 Denne pleieplanen er utprøvd på en psykiatrisk dagavdeling. Erfaringene derfra er beskrevet i boken: Hummelvoll J.K. (1984). Sykepleier-pasient-fellesskapet. Oslo: Gyldendal. Planen er også utprøvd i forhold til mennesker som opplever psykose: Hummelvoll J.K., Nordby K.E., Sundmoen V. (1988). Samarbeid med psykotiske mennesker. Oslo: Gyldendal. Videre er planen benyttet av to svenske sykepleiere: Bromander C., Walden R.(1987). Psykiatrisk omvårdnadsarbeite. Lund: Studentlitteratur. I de siste årene er den prøvd ut i to miljøterapi prosjekter i Norge: Nysveen et al. 2011 og Andvig et al. 2010. Disse siste kildene rapporterer erfaringer med planen og variasjoner i bruksmåte.

sykepleier-pasient-interaksjoner i avtalte møter har et større terapeutisk potensial. Avtalte samtaler bidrar til kontinuitet og gjør det mulig for pasienten å oppleve sykepleierens interesse på en måte som fremmer motet til å forstå seg selv bedre. Sykepleiere som aksepterer utfordringen med å være endringsagent, må erkjenne at pasienter forandrer seg selv – og at de gjør det gradvis. Å kunne snakke om sine behov og vansker, fortrinnsvis over lengre tid gjennom flere samtaler med en kompetent lytter, gir pasienten en mulighet til å forstå seg selv bedre. I denne samtalen vil sykepleierens innflytelse ligge i å kunne velge påvirkninger (verbaliseringer, holdninger og handlinger) som kan fremme nødvendig selv-endring hos pasientene. Dette arbeidet forutsetter at sykepleieren hører hva hun sier, og at hun observerer (og reflekterer over) hvordan hennes holdninger og handlinger virker inn på pasientens gradvise endring.

## Litteratur

Andvig, E., Jahre, E., Syse, J. & Maan, F. (2010). *Forskningsprosjektet: Miljøterapi "Når rammene løses opp"*.

*Miljøterapeutiske samtaler*. Tønsberg: Høgskolen i Vestfold, Notat nr. 2.

Barker, P.J. (1997). *Assessment in Psychiatric and Mental Health Nursing. In search of the whole person*.

Cheltenham: Nelson Thornes Ltd.

Barker, P. (2009). The craft of interviewing. In: Barker, P. (ed.). *Psychiatric and Mental Health Nursing. The*

*craft of caring*. London: Hodder Arnold.

Bromander, C. & Walden, R. (1987). *Psykiatrisk omvårdnadsarbeite – teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Buber, M. (1990/1954). *Det mellanmänskliga*. Ludvika: Dualis Förlag AB.

Buber, M. (1994/1923). *Jag och Du*. Ludvika: Dualis Förlag AB.

Carson, V.B. & Arnold, E.N. (1996). *Mental Health Nursing. The Nurse-Patient Journey*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

De Saint-Exupéry, A. (1986). *Den lille prinsen*. Oslo: Aschehoug.

Frej, G.B. (1988). *Mot en existensiell relationistisk helhetssyn. En studie av långtidssjuka handikappade personers syn på sin livssituation*. Göteborg: Göteborgs Universitet, Institutionen för socialt arbete.

Hein, E.C. (1983). *Kommunikasjon i sykepleien*. Oslo: Gyldendal.

Holm, U. (1987). *Empati. Att förstå andra människors känslor*. Stockholm: Natur och Kultur.

Hummelvoll, J.K. (1984). *Sykepleier-pasient-fellesskapet*. Oslo: Gyldendal.

Hummelvoll, J.K., Nordby, K.E. & Sundmoen, V. (1988). *Samarbeid med psykotiske mennesker*. Oslo: Gyldendal.

Hummelvoll J.K. (1997). Psykiatrisk sykepleie – en holistisk- eksistensiell tilnærming. I: Hummelvoll, J.K. & Lindström, U.Å. (red.). *Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Klotkowski, D. (1980). Self-Disclosure: Implications for Mental Health. *Perspectives in Psychiatric Care*, nr. 3.

Lindholm, L. & Eriksson, K. (1993). Lidande och kärlek ur ett psykiatrisk vårdperspektiv – En casestudie av

mötet mellan mänskligt lidande och kärlek. I: Eriksson, K (red.): *Möten med lidanden*. Åbo: Åbo Akademi,

Institutionen för vårdvetenskap; Rapport nr. 4.

Nysveen, K., Nordby, K. & Granerud, A. (2011). Den planlagte miljøterapeutiske samtalen. I: Nysveen, K.,

Nordby, K., Brattrud, T.L. & Granerud, A. (red.). *Miljøterapi i psykisk helsevern – et prosjekt verdig*. Vallset:

Oplandske Bokforlag (Vardeserien).

Peplau, H. (1994). Psychiatric Mental Health Nursing: Challenge and change. *Journal of Psychiatric and Mental*

*Health Nursing*, 1: 3-7.

Reynolds, B. (2009). Developing empathy. In: Barker, P. (ed.). *Psychiatric and Mental Health Nursing. The*

*craft of caring*. London: Hodder Arnold.

Rognes, W. (1979). *Carl Rogers*. Oslo: Dreyer.

Stensaasen, S. & Sletta, O. (1993). *Gruppeprosesser. Læring og samarbeid i grupper*. Oslo: Universitetsforlaget.

Stuart, G.W. (2005). Therapeutic Nurse-Patient-Relationship. In: Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (eds.). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 8th ed. St.Louis: Elsevier Mosby.

Størksen, P. (1980). Møte mellom mennesker. *Over alle grenser*, nr. 8.

van Deurzen-Smith, E. (1995). *Eksistentiel samtale og terapi*. København: Hans Reitzels Forlag.

Wilson, H.S. & Kneisl, C.R. (1996). *Psychiatric Nursing*. Menlo Park: Addison Wesley Publ. Company.

Wretmark, G. & Kagan, N. (1980). *Terapeutisk hållning – Relationer – Samtalskonst*. Lund: Studentlitteratur.

Zimsen, K. (1979). Samtalen som verktøy. *Fokus på familien*, nr. 5.

Sykepleiestudentene Kolbjørg Mauseth, Ingvild Jønland og Øydis Dalen, Høyskolen i Hedmark, har bidratt med en del eksemplifikasjoner.