



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for folkehelsefag

**4AVS304**

Ida Melby og Hanne Melby Østmo

Veileder: Randi Skyrud

*”Se muligheter, ikke begrensinger”*

Om å forhindre tvang i demensomsorgen

*“To see possibilities, not limitations”*

To prevent the use of force in dementia care

Antall ord: 10 923

Bachelor i sykpeleie, kull 121

2012

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

*Når jeg blir dement, da må du snakke rolig til meg,  
ellers blir jeg utrygg og tror du er sint på meg. Du  
skal fortelle meg hva du gjør og hvorfor, og du skal gi  
meg enkle valg og respektere hva jeg velger.*

*Når jeg blir dement, har jeg vanskelig for å forstå andre.  
Senk stemmen og se på meg, da lytter jeg best.  
Bruk korte ord og enkle setninger, og stopp opp og finn ut  
om jeg har forstått det.  
Spør meg ikke om mer enn én ting av gangen.  
Unngå lange instruksjoner, jeg kan ikke hugse dem.  
Se på meg, rør ved meg og smil før du snakker.  
Og husk at jeg glemmer så fort.*

*Når jeg blir dement og skjeller deg ut, så ta et skritt tilbake,  
så jeg kan føle at jeg fortsatt kan gjøre inntrykk.*

(Jenny Hjorth-Hansen, 2009)

## Innhold

1.0 Innledning.....	4
1.1 Case og problemstilling.....	4
1.2 Bakgrunn for å skrive oppgaven.....	5
1.3 Hensikt og valg av problemstilling .....	5
1.4 Begrepsavklaringer.....	5
1.4.1 Demens sykdom.....	5
1.4.2 Tvang .....	6
1.4.3 Tillitskapende tiltak .....	6
1.5 Oppgavens avgrensning.....	6
1.6 Anonymisering.....	7
1.7 Oppgavens oppbygging .....	7
2.0 Metode.....	9
2.1 Litteraturstudie som metode .....	9
2.2 Innhenting av litteratur .....	10
2.3 Kildekritikk .....	11
2.4 Etske vurderinger .....	13
3.0 Teori .....	14
3.1 Demens sykdom .....	14
3.1.1 Symptomer.....	14
3.2 Ivaretagelse av personlig hygiene og demens sykdom.....	14
3.3 Tvang i demensomsorgen.....	16
3.3.1 Samtykkekompetanse .....	16
3.3.2 Lov om pasientrettigheter – kapittel 4 A .....	17
3.4 Etske prinsipper.....	17
3.4.1 Autonomi .....	18
3.4.2 Paternalisme.....	18
3.5 Sykepleierens veiledende og undervisende funksjon .....	19
3.6 Tillitskapende tiltak.....	19
3.6.1 Kommunikasjon med pasienten med demens sykdom .....	20
3.6.2 Validering.....	21
3.7 Sykepleieteoretisk fundament .....	21
4.0 Drøfting .....	22
4.1 Balansegangen mellom autonomi og paternalisme .....	23
4.2 Å bistå Olga med ivaretagelsen av personlig hygiene.....	24
4.3 Viktigheten av sykepleierens kommunikasjonsevner .....	26
4.4 Validering som et kommunikasjonsredskap.....	27
4.4.1 Åpenhet og empati – en viktig del av validering .....	29
4.5 Tillitskapende tiltak.....	30
5.0 Konklusjon .....	32
6.0 Litteraturliste .....	34

## 1.0 Innledning

Vi har valgt å skrive om temaet ”Bruk av tvang i sykepleien til pasienter med demens sykdom”.

Det er i dag 65 000 mennesker med demens sykdom i Norge og ca halvparten av disse bor på institusjon, demens sykdom er den hyppigste årsaken til at eldre legges inn på sykehjem (Snoek & Engedal, 2008).

Tema vi har valgt å skrive om er meget aktuelt for sykepleiere, blant annet studien til Øyvind Kirkevold viser at bruk av tvang ofte forekommer i norske sykehjem og over en tredel av pasientene utsettes for tvang i løpet av en uke (Kirkevold, 2005).

Vi ønsker å starte med en case for å belyse valget av vår problemstilling.

### 1.1 Case og problemstilling

Olga Olsen er 86 år og har bodd på skjermet enhet på Rosendahl sykehjem de siste 8 årene. Hennes mann døde for 7 år siden. Hun ble utredet og diagnostisert for demens sykdom i en alder av 75 år. Hun har mistet sin samtykkekompetanse i forbindelse med ivaretagelsen av personlig hygiene. Olga er inkontinent for urin og avføring noe som har ført til at hun har hyppige urinveisinfeksjoner.

Hun har de siste årene blitt mer egosentrisk og likegyldig i forhold til personlig hygiene. Sykepleierne på avdelingen har den siste tiden opplevd det som vanskelig å bistå Olga med personlig hygiene nedentil da hun motsetter seg dette. De opplever ofte at pleien kan bli i grenseland mellom frivillighet og tvang. Mye på grunn av at Olga ofte får en aggressiv atferd da pleiepersonalet skal bistå henne med personlig hygiene.

En dag det kun er en sykepleier på vakt skal en ufaglært inn å hjelpe Olga med personlig hygiene og hun motsetter seg all hjelp. Hun klorer og dytter mens hun roper på mannen sin og den ufaglærte forsøker å få henne tilbake i sengen. Hun reflekterer mye over situasjonen i etterkant og opplevde situasjonen som vanskelig å håndtere.

Sykepleierne på avdelingen tar opp situasjonen og ønsker å kunne forhindre bruk av tvang ved å benytte seg av tillitskapende tiltak.

Ut ifra denne casen har vi valgt følgende problemstilling:

*”Hvordan kan sykepleiere benytte tillitskapende tiltak for å forhindre bruk av tvang hos pasienter med demens sykdom?”.*

## 1.2 Bakgrunn for å skrive oppgaven

Som 6. semesterstudenter ved Høgskolen i Hedmark skal vi skrive en bacheloroppgave i sykepleie. Vi har fått utdelt retningslinjer fra skolen og skolen har presentert tre temaer som vi kan velge å skrive om.

Vi bestemte oss for å skrive om temaet demens og tvang på bakgrunn av våre praksiserfaringer. Vi har erfart at omsorg som gis til pasienter med demens sykdom ofte blir gitt i grenselandet mellom frivillighet og tvang. Vi opplevde disse praksiserfaringene som vanskelig og så ofte at tvang ble en enkel løsning. I en studie kommer det frem at i en del tilfellene blir tvang benyttet fordi sykepleierne ikke ser noen andre alternativ (Kirkevold & Engedal, 2004). Derfor ønsker vi i denne oppgaven å rette fokuset mot å forhindre bruk av tvang ved å benytte tillitskapende tiltak.

## 1.3 Hensikt og valg av problemstilling

Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan sykepleiere kan forhindre bruk av tvang ved hjelp av tillitskapende tiltak i demensomsorgen. Denne kunnskapen vil være nyttig for oss som sykepleiere og kan også være med på å styrke kvaliteten i sykepleien vi utøver til pasienter med demens sykdom. Ved å ha denne kunnskapen står man også bedre rustet til å se løsninger i situasjoner man føler er i grenselandet mellom frivillighet og tvang.

## 1.4 Begrepsavklaringer

Her ønsker vi å beskrive begrepene demens, tvang og tillitskapende tiltak da dette er begreper som er viktig for problemstillingen og som danner grunnlaget for oppgaven.

### *1.4.1 Demens sykdom*

Demens defineres som kronisk svikt på minst to kognitive områder, der nedsatt hukommelse er et obligat symptom og den kognitive svikten etterfølges av nedsatt emosjonell kontroll, sviktende sosial atferd eller nedsatt motivasjonsevne (Snoek & Engedal, 2008).

#### *1.4.2 Tvang*

”Tvang kan defineres som tiltak pasienten uttrykkelig motsetter seg eller som tiltak pasienten underlegges uten at et gyldig samtykke er innhentet” (Eide & Eide, 2008, s. 118).

#### *1.4.3 Tillitskapende tiltak*

”De handlinger vi gjør i forhold til at pasienten slik at han opplever situasjonen som trygg og støttende og som bidrar til størst mulig grad av samhandling” (Stensvik & Olsen, 2010 s. 4).

### 1.5 Oppgavens avgrensning

Vi velger å skrive om demens sykdom og symptomer i teoridelen fordi dette er viktig kunnskap for sykepleiere for å kunne forstå pasientens situasjon og for å kunne imøtekomme Olga sine behov. Vi velger å skrive om hele pasientgruppen og ikke en spesifikk type demens men de blir nevnt i teoridelen. Dette er et bevisst valg av oss da demens sykdom er en subjektiv opplevelse og pasientene vil opptre ulikt ved denne sykdommen (Edberg, 2011). Arenaen vi har valgt er sykehjem, fordi demens sykdom er den hyppigste årsaken til at eldre legges inn på sykehjem (Snoek & Engedal, 2008).

Vi har valgt å skrive om tvang i forhold til personlig hygiene, dette på grunnlag av at det kommer frem i forskning at tvang blir mest brukt i daglige aktiviteter (Kirkevold & Engedal, 2004). I våre praksiserfaringer har vi også sett at pasienter med demens sykdom ofte motsetter seg hjelp til personlig hygiene.

Vi benytter oss av Kari Martinsen som et sykepleieteoretisk fundament i oppgaven siden hun beskriver omsorgen sykepleiere skal gi til pasienter som ikke lenger kan gjenvinne sin uavhengighet. Dette er viktig kunnskap for å kunne gi god og helhetlig sykepleie til pasienter med demens sykdom. Hun beskriver også mild paternalisme som kan være et nyttig redskap for sykepleiere da pasienter med demens sykdom har nedsatt evne til å ta avgjørelser som omhandler en selv. Hun nevner også tillitt og skriver om å ”bli tillitt verdig” som er viktig for å kunne gjennomføre tillitskapende tiltak (Martinsen, 2005).

Vi velger også å trekke inn etikk, hvor vi skriver om autonomi og paternalisme. Dette fordi respekten for pasientens autonomi er noe sykepleiere kan komme i konflikt med når pasientene ikke lenger kan ta avgjørelser som er for sitt eget beste. Dette blir relevant å ta med for å kunne drøfte problemstillingen. Vi velger kun å nevne de andre etiske prinsippene, men dette er noe som ikke blir tatt med i drøftingen.

Kommunikasjon til pasienter med demens sykdom trekkes inn og derfor har vi valgt å belyse validering som en kommunikasjonsmetode. Validering har fokus på pasientens opplevelse som blir viktig for å skape tillitt. Kommunikasjonsmetodene reminisens og realitetsorientering blir kun nevnt i teorien.

Tillitskapende tiltak blir beskrevet i teoridelen, dette er vesentlig for å kunne drøfte problemstillingen. Vi har valgt å fokusere på tillitskapende tiltak da pasientrettighetsloven kapittel 4 A fremhever at tillitskapende tiltak skal ha vært utprøvd før man kan benytte seg av tvang (2012).

Lovverk blir trukket inn underveis, dette fordi vi som sykepleiere skal forholde oss til lovverk og vedtak for å utøve forsvarlig sykepleie.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere blir også trukket inn underveis i oppgaven siden dette belyser vårt yrkesetiske verdigrunnlag.

Sykepleierens veiledende og undervisende funksjon er noe vi trekker inn, det kommer frem i rammeplanen for sykepleierutdanningen at dette er et av våre ansvarsområder. Dette er viktig for å kunne veilede kolleger slik at pasientene får best mulig sykepleie.

## 1.6 Anonymisering

Casen er en fiktiv historie med oppdiktet navn og sted og på bakgrunn av dette er dataene anonymisert. Casen bygger også på erfaringer vi begge har gjort oss i praksissituasjoner, men også dette er anonymisert. Det kommer ikke frem noen opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner eller institusjon.

## 1.7 Oppgavens oppbygging

Etter innledningskapitlet kommer vårt metodekapittel hvor vi presenterer forskningsartiklene vi benytter oss av samt en kildekritisk vurdering av disse. Deretter kommer en etisk vurdering av artiklene og vår oppgave.

Teorikapitlet er vårt tredje kapittel og her presenter vi først litt generell teori om demens sykdom og symptomer. Som etterfølges av tvang i demensomsorgen hvor vi trekker inn samtykkekompetanse og pasientrettighetsloven. Deretter kommer teori om etiske prinsipper hvor vi vektlegger autonomi og paternalisme. Siden vi vektlegger ivaretagelsen av personlig

hygiene blir dette også presentert i teorien. Dette etterfølges av sykepleierens veiledende og undervisende funksjon, tillitskapende tiltak og kommunikasjon med pasienter med demens sykdom hvor vi har vektlagt validering. Den siste delen i vårt teorikapittel omhandler Kari Martinsen sin sykepleietenkning.

Oppgavens fjerde kapittel er drøftingen. Denne er delt opp i seks deler og her drøftes teorien og artiklene for å kunne besvare vår problemstilling. Vi vil også trekke inn egne praksiserfaringer underveis.

Oppgavens siste og femte kapittel er konklusjonen og her skal vi oppsummere svarene på vår problemstilling.



## 2.0 Metode

Metode er en fremgangsmåte, som har til hensikt å hente fram kunnskap eller for å kartlegge om påstander er sanne, gyldige eller holdbare. Metoden sier oss hvordan man har kommet fram til den nye kunnskapen som er blitt innhentet. Det finnes ulike metoder, og man velger en metode som vil svare på ens problemstilling på best mulig måte. Derfor kan man se på metode som et redskap for å innhente data (Dalland, 2007).

Vi velger å presentere kvalitative og kvantitative forskningsmetoder, dette for å anvende denne kunnskapen da vi skal kvalitetsvurdere artiklene.

”Kvalitativ forskning er brukt for å undersøke subjektive menneskelige erfaringer, opplevelser og holdninger og bruker ikke statistiske metoder for analyse”(Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinart, 2007, s 72). Datasamling ved en kvalitativstudie skjer gjennom ulike intervjuer eller observasjoner. Kjennetegn ved en kvalitativ studie er at man får et veldig beskrivende datamateriale, men at utvalget av informanter er få. Analysen av den informasjonen man får gjennom kvalitativ forskning kan variere, men det som er felles er at funnene representeres på en fortellende måte (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinart, 2007).

Kvantitativ forskning er en forskningsmetode hvor man samler informasjon på en planlagt måte i et bestemt utvalg på ett tidspunkt. Denne metoden ønsker blant annet å beskrive forekomst og fordeling, og man ønsker også å finne sammenhenger mellom variabler eller begreper (Nortvedt, et.al., 2007).

### 2.1 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudie vil si en vurdering av den litteraturen som skal beskrive eller svare på et problemområde eller en problemstilling. Hovedmålet med en litteraturstudie er å beskrive hvorfor man har valgt en bestemt type litteratur og hvordan dette utvalget er blitt gjort. Hvis man gjør dette på en systematisk måte, blir det da enklere å komme fram til relevant litteratur for oppgaven (Dalland, 2007).

## 2.2 Innhenting av litteratur

Vi har søkt i databasene Cinahl, PubMed, SweMed+, Medline og Ovid Nursing. Vi valgte å benytte disse siden de er sykepleierelevante. Her fant vi artikler som var relevante i forhold til vår problemstilling. SweMed + ble også benyttet for å finne mesh ord.

Vi brukte engelske søkeord fremfor norske siden databasene er internasjonale og dette ga flere treff. Søkeord vi benyttet var: "Dementia and force", "dementia and restraint", "dementia and prevention and restraint", "dementia and restraint and nursing homes", "communication and dementia", "dementia and coercion" og "dementia and unethical". Vi har begrenset søket ut i fra årstall og holdt oss innenfor rammene fra 2004 til i dag, fordi vi ønsket å benytte forskning gjort i nyere tid.

Vi har benyttet oss av høgskolens bibliotek, det lokale biblioteket og sett i aktuelle tidsskrifter for å innhente litteratur.

Nedenfor presenterer vi forskningsartiklene vi benytter i oppgaven.

*"A study into the use of restraint in nursing homes in Norway"* (Kirkevold & Engedal, 2004) fant vi i databasen Ovid Nursing hvor vi brukte søkeordene: "Restraint and nursing homes" og fikk 162 treff. Hensikten med studien er å beskrive årsaker til bruk av tvang i norske sykehjem, samt undersøke avgjørelsene som fører til tvang, og dokumentasjonen av dette. Studien bestod hovedsakelig av strukturerte intervjuer av sykepleiere som utøvde sykepleie til 1362 pasienter i vanlige sykehjem og 564 pasienter i 91 spesialiserte enheter for pasienter med demens. Sykepleierne ble delt inn i fem fokusgrupper.

*"Prevention of unethical actions in nursing homes"* (Solum, Slettebø & Hauge, 2008). For å finne denne benyttet vi oss av databasen Pubmed og brukte søkeordene: "Prevention and unethical", vi fikk da 166 treff. For å avgrense søkeordet la vi til søkeordet "and nursing homes" og fikk 2 treff. Hensikten med studien var å undersøke hvordan sykepleiere vektlegger dialog og gjensidig refleksjon for å nå moralske handlingsalternativer i den daglige omsorgen. Sykehjemmene ble utvalgt for å representere et typisk norsk sykehjem. Det var to sengeposter hvor det arbeidet 9 sykepleiere på hver post. Hver sengepost hadde 13 pasienter med ulike diagnoser, flere av disse med demens sykdom. Sju personalgrupper ble intervjuet. Det ble gjennomført observasjon over 4 uker og semistrukturerte intervjuer.

*"Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang"* (Hem, Gjerberg, Pedersen & Førde, 2010). Denne fant vi i databasen SwMed+. Vi brukte søkeordet "tvang" men la til mesh termene "nurse-patient relations" og fikk 6 treff. Vi fikk ikke opp artikkelen i fulltekst gjennom SweMed+ så vi søkte i sykepleien forskning og brukte søkeordene "tvang og demens" og fikk 8 treff. Hensikten med studien er å belyse hvordan pleiepersonell opplever det å være i et grenseland mellom frivillighet og tvang i pleie og omsorg til pasienter med demens. Denne studien er gjort på fem forskjellige norske sykehjem, hvor man foretok elleve fokusgruppeintervjuer med 60 pleiere. Fokusgruppen bestod av ett tverrfaglig sammensatt team.

*"The concept of restraint in nursing home practice: a mixed method study in nursing homes for people with dementia"* (Zwijssen, Depla, Niemeijer, Francke & Hertogh, 2011). Vi benyttet oss av databasen Pubmed og brukte søkeordene "Dementia and restraint and nursing homes" og fikk 111 treff. Hensikten med studien er å undersøke hvordan pleiepersonell og pårørende opplever bruken av tvang hos demente i sykehjem. Det ble brukt semistrukturerte intervjuer i syv sykehjem, hvor tre av dem brukte overvåkningsteknologier og fire av dem ikke. Totalt var det 271 pleiepersonell med i studien. Ett familiemedlem ble intervjuet på hvert sykehjem. Pleiepersonellet ble delt opp i 8 fokusgrupper, hvor det var pleiepersonell i forskjellig utdanningsnivå og erfaring.

## 2.3 Kildekritikk

For å vurdere kildene kritisk har vi benyttet *"Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere"* (Nortvedt, et.al, 2007).

*"Prevention of unethical actions in nursing homes"* (2008) og *"Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang"* (2010) er begge kvalitative forskningsartikler.

*"The concept of restraint in nursing home practice: a mixed method study in nursing homes for people with dementia"* (2011) er en studie hvor det er benyttet både kvalitative og kvantitative metoder, mens *"A study into the use of restraint in nursing homes in Norway"* (2004) er en kvantitativ studie.

I forhold til årstall anser vi artiklene som valide. Den eldste artikkelen vi benytter er fra 2004, men anser den likevel som valid siden nyere studier underbygger deres funn.

I alle studiene kommer hensikten og problemstillingen klart frem, utvalget i disse studiene er også klart definert. I artikkelen *"Prevention of unethical actions in nursing homes"* ble sykehjemmene utvalgt for å representere et typisk norsk sykehjem i forhold til vedtak og lovverk. Dette er med på å styrke vår anvendelse av studien.

Metoden for å innhente data og analysen av disse kommer klart frem i alle studiene. I studien *"Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang"* var det ikke noe struktur over intervjuene, dette begrunnet de med at tvang kan være et følsomt tema å snakke om. Hvorvidt dette kan ha påvirket resultatene har vi sett kritisk på, men andre studier underbygger disse resultatene.

Hovedfunnene kommer klart frem i studien *"A study into the use of restraint in nursing homes in Norway"* og utvalget som ble benyttet er representativt i forhold til pasientene vi møter i vår praksis. Studien er også gjort i Norge noe som gjør resultatene anvendelige i vår praksis. I studien *"Prevention of unethical actions in nursing homes"* kommer hovedfunnene tydelig frem, de har også undersøkt sine funn ved å se i andre studier som underbygger deres funn og vi anser studien som valid og overførbart til vår praksis, den er også utført i Norge.

Hovedfunnene kommer tydelig frem i *"Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang"* og på bakgrunn av vår kildekritiske vurdering og andre studier som underbygger disse funnene anser vi den som valid. Den er også gjort i Norge noe som gjør den relevant for vår praksis.

I studien *"The concept of restraint in nursing home practice: a mixed method study in nursing homes for people with dementia"* kommer ikke hovedfunnene like klart frem noe vi har sett kritisk på. Men på en annen side viser den mye av det de andre studiene har kommet frem til og vi anser den som valid. Denne studien er gjort i Nederland og det kan knyttes spørsmål til overførbareheten til Norge. Men vi ser at studiene som er gjort i Norge kontra denne studien underbygger hverandre og vi anser den derfor relevant for vår praksis.

Forfatterne er av sykepleiefaglig-, etisk-, og forskningsbakgrunn.

Vi har tatt en etisk vurdering av artiklene og synes anonymiteten blir godt ivaretatt. Det kommer heller ikke frem noen opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner eller institusjoner.

Vår engelskforståelse kan sees i sammenheng med vår grunnutdanning og at vi har lest engelske artikler tidligere i studie.

Flere av bøkene vi har benyttet oss av har tidligere vært eller er pensumlitteratur noe vi mener

gjør dem valide. Forfatterne av bøkene er av tverrfaglig og sykepleiefaglig bakgrunn noe som også styrker vår begrunnelse av validiteten. Flere av disse bøkene er redaktørverk, på bakgrunn av dette kan man se litt kritisk på disse bøkene siden det er redaktøren som bestemmer de ulike kapitelforfatterne. Vi ser allikevel at bøkene bygger på forskning som igjen styrker validiteten.

## 2.4 Ethiske vurderinger

Vi trekker inn våre praksiserfaringer i oppgaven og anonymiserer disse for å ivareta vår taushetsplikt.

I vår oppgave har vi henvist til forfatteren av kilden vi har brukt, dette i forhold til APA standard som er krav fra høgskolen. Det er fort gjort å stigmatisere pasientgrupper, blant annet pasienter med demens sykdom, derfor velger vi å belyse at demens sykdom er en subjektiv opplevelse og at alle pasienter vil opptre ulikt ved denne sykdommen (Edberg, 2011).

## 3.0 Teori

### 3.1 Demens sykdom

Demens er en fellesbetegnelse på flere synlige tilstander i hjernen som kjennetegnes ved ervervet kognitiv svikt, svikt av emosjonell kontroll og nedsatt funksjonsevne i forhold til dagliglivets aktiviteter. Tilstanden forekommer hyppigst hos de over 65 år. Skader og sykdommer i områder som er viktig for læring og bearbeiding av informasjon fører ofte til demens (Snoek & Engedal, 2008). Alzheimers demens er den hyppigste årsaken til demens, deretter er vaskulær demens en stor årsak (Hjort, 2010). Andre typer demens er frontotemporallappdemens, demens med Lewylegemer og sekundære demenstilstander som er tilstander der demens er ett av flere symptomer (Engedal & Haugen, 2006). Sykdommen er den største årsaken til at eldre kommer inn på sykehjem (Snoek & Engedal, 2008). For helsepersonell er det viktig å være klar over at demens sykdom er en subjektiv opplevelse, alle vil opptre ulikt og alle pasienter med demens sykdom er unike individer (Edberg, 2011).

#### 3.1.1 Symptomer

Kognitive symptomer er en del av sykdomsbildet ved demens, det er først og fremst nedsatt hukommelse som er det sentrale symptomet og det som ofte sees først. Pasienten kan glemme ting som nylig hendte, navn på kjente folk, og gjenstander. Peter F. Hjort beskriver denne glemsomheten slik: ”Det er en grunnleggende forskjell på den normale glemsomheten i eldre år og den dementes glemsomhet. Forskjellen er at den friske gamle kan tenke og resonere, mens den demente ikke kan det” (Hjort, 2010, s. 94). Pasienten med demens sykdom kan også ha problemer med å orientere seg og få nedsatt oppmerksomhet (Snoek & Engedal, 2008). Som følge av sykdommen vil det bli vanskeligere å klare dagliglivets aktiviteter, det å spise mat, stelle seg og kle på seg vil oppleves som vanskelig, og atferden kan bli forandret ved at den demente lettere kan bli sint og aggressiv (Hjort, 2010).

### 3.2 Ivaretagelse av personlig hygiene og demens sykdom

I studien *”pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang”* kommer det fram typiske situasjoner hvor pasienter med demens sykdom motsetter seg helsehjelp. Vask og dusj

ble sett på som en utfordrende situasjon for pleierne, fordi det var uklare grenser mellom frivillighet og tvang. Studien konkluderer med for å kunne redusere bruken av tvang i hverdagslige aktiviteter, må man bygge opp en relasjon til pasienter med demens sykdom. Man må også tilegne seg kunnskaper om ulike tiltak man kan igangsette for å redusere bruken av tvang. Ved å skape en relasjon til pasienten som er basert på tillit kan man fremme pasientens delaktighet, kontroll og frivillighet (Hem, et.al., 2010).

Behovet for personlig hygiene er ikke kun et fysisk behov, det har mye å si for hvordan vi føler oss, vår psyke og for vår omgang med andre mennesker (Dalheim, Herud, Jørs, Koch & Skaug 2005). Dette er en ferdighet vi lærer tidlig i livet og noe vi gjør daglig, men sykdom som demens kan føre til at det blir vanskelig å ivareta personlig hygiene. Under stell har sykepleiere en viktig oppgave i å fremme integritet, å bistå med personlig hygiene på en slik måte at respekten og omtanken for pasienten kommer frem er viktig. Pasienter med demens sykdom kan ha nedsatt evne til å kommunisere og dette stiller større krav til sykepleieren til samhandling. Det er viktig å se pasientens kropp som et uttrykk for pasientens opplevelse og identitet og sykepleier bør inneha god tid og tålmodighet. Stellet er en fin mulighet til å gi både pasienten og pleieren en opplevelse av fellesskap, mestring og verdighet (Brodtkorb, 2008) Å bevare pasientens integritet og verdighet kommer også frem i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere:

”Sykepleieren ivaretar den enkelte pasientens integritet, herunder retten til en helhetlig omsorg, retten til å være medbesluttende og retten til ikke å bli krenket” (NSF, 2011, s. 9). Å ha kunnskaper om pasienten er viktig, hva er pasientens oppfatning av den intimiteten som stellet krever? Sykepleierne må også huske på at pasienten har sin historie og kultur relatert til sin kropp (Borge, 2010). Pasienter med demens sykdom kan ofte bli urolig og aggressive i stellsituasjoner, og motsette seg eller protestere på den hjelpen de får. Dette kan forstås som ett uttrykk av at pasienten ikke forstår hva som skjer, følelsen av å bli invadert og miste kontrollen (Brodtkorb, 2008) Som en følge av dette kan omsorgen som gis til pasienten med demens sykdom fort bli oppfattet som det motsatte (Fjørtoft, 2009). Sykepleiere har også et ansvar i å veilede sine kolleger slik at stellet verdsettes. Sykepleierne kan bidra til at stellet blir en verdig og god opplevelse ved å ta hensyn til pleiernes kompetanse og pasientens behov (Brodtkorb, 2008).

### 3.3 Tvang i demensomsorgen

I studien *"A study into the use of restraint in nursing homes in Norway"* kommer det frem at mangel på samhandling med pasienter med demens sykdom var en av hovedårsakene til at tvang ble benyttet. En annen årsak var å beskytte pasienten og andre og i tillegg kom det også frem at bruk av tvang ofte skader pasienten mer enn det å beskytte de fra skade (Kirkevold & Engedal, 2004).

I studien *"The concept of restraint in nursing home practice: a mixed method study in nursing homes for people with dementia"* kommer det frem at en stor andel av episodene hvor tvang blir benyttet skjer fordi sykepleierne ikke ser noen annen løsning. Det ble også konkludert med at for å begrense bruken av tvang i sykehjem var det viktig å finne frem til andre gode alternativer. (Zwijssen, et.al., 2011).

Kirkevold fremhever i sin studie at 45 % av pasientene i skjermede enheter blir utsatt for minst ett tvangstiltak i løpet av en uke (2005). Helsehjelpen vi som sykepleiere yter skal hindre vesentlig helseskade, og det skal også forebygges og begrenses bruk av tvang (Slettebø, 2009). Tvang må aldri velges som den letteste utvei ved vanskelig atferd (Fjørtoft, 2009).

#### 3.3.1 Samtykkekompetanse

Samtykkekompetanse innebærer at en person er myndig og psykisk og fysisk i stand til å ivareta sine egne interesser (Pasientrettighetsloven, 2012 § 4-3). All helsehjelp er frivillig og det er kun der loven gir spesielle unntak tvang kan benyttes. I pasientrettighetsloven er det nedfelt hvem som har samtykkekompetanse, her står det skrevet at myndige personer og mindreårige etter fylte 16 år har rett til å samtykke til helsehjelp på egne vegne med mindre det foreligger unntaksbestemmelser (Lunde, 2008).

Hovedregelen om samtykke kommer frem i pasientrettighetsloven:

Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. (2012, § 4-1)

Det er den som yter helsehjelp som vurderer om pasienten mangler kompetanse til å kunne samtykke. Og det er de som skal legge forholdene på best mulig måte til rette for at pasienten



selv kan samtykke til helsehjelp. Beslutninger som blir tatt på vegne av personer som mangler samtykkekompetanse skal alltid være i deres interesse, og de minst inngripende alternativer skal alltid velges først. Det er viktig å merke seg at man kan ha samtykkekompetanse i noen situasjoner, men ikke i andre (Lunde, 2008).

### *3.3.2 Lov om pasientrettigheter – kapittel 4 A*

Det finnes tilfeller hvor pasienter som mangler samtykkekompetanse motsetter seg helsehjelp uten å ha forståelse for det, noe som kan føre til at skader for pasienten selv oppstår. De bestemmelsene som kommer frem i pasientrettighetsloven kapittel 4 A, gir helsepersonell tillatelse til å yte helsehjelp til pasienter som motsetter seg. Formålet med disse bestemmelsene er å sikre nødvendig helsehjelp til pasienter som ikke er samtykkekompetente og motsetter seg helsehjelp. Dette skal også bidra til å redusere og forebygge bruk av tvang i helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2008). I pasientrettighetsloven paragraf 4 A-3 står det skrevet: ”Før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, må tillitskapende tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette” (2012). Helsedirektør Bjørn- Inge Larsen trekker frem den faglige og etiske utfordringen ved å yte helsehjelp til pasienter som motsetter seg. ”Å yte helsehjelp som en pasient motsetter seg, er et inngrep i pasientens selvbestemmelsesrett. Det er en faglig og etisk utfordring å tilrettelegge helsehjelpen slik at respekten for pasientens integritet og verdighet ivaretas” (Helsedirektoratet, 2008, s.3). Vi ser på etikk som vesentlig i forhold til denne utfordringen og trekker derfor inn etiske prinsipper.

## 3.4 Etiske prinsipper

De etiske prinsippene er viktig siden de kan hjelpe oss med å klargjøre de valgmulighetene vi har i vanskelige situasjoner, og belyse hvorfor noen valgmuligheter er bedre enn andre. Man skiller de etiske prinsippene mellom autonomi, ikke-skade, velgjørenhet og rettferdighet. Paternalisme er også ett sentralt begrep til tross for at det ofte blir sett på som negativt da den er med på å redusere pasientens autonomi (Slettebø, 2009). Men paternalisme kan noen ganger sees i sammenheng med velgjørenhet, fordi sykepleieren i noen tilfeller kan avgjøre hva som er til pasientens beste, når pasienten ikke lenger kan ta avgjørelser som er til sitt eget beste (ibid.).

### *3.4.1 Autonomi*

Autonomi betyr selvstyring eller selvregulering. Innenfor medisinsk etikk vil man kalle dette for en medbestemmelses rett, det vil si at pasienten står fritt til å velge å ta imot behandling eller ikke. Man kan ha ulik forståelse av begrepet autonomi, fordi det kan være ett prinsipp, en egenskap eller en rettighet. Autonomi som prinsipp vil si retten til å bli respektert angående sine behov og ønsker når sykepleiefaglige og medisinske avgjørelser skal tas. For å kunne møte pasientens ønsker og behov må det komme frem hva pasienten selv tenker vedrørende avgjørelsen (Slettebø, 2009). I yrkesetiske retningslinjer står det nedfelt: ”Sykepleieren respekterer pasientens rett til selv å foreta valg, herunder å frasi seg sin selvbestemmelse” (NSF, 2011, s. 9). Autonomi som en egenskap vil si pasientens evne til å ta avgjørelser som er i tråd med sine egne ønsker. Her kan det i enkelte tilfeller være ”hensiktsmessig” å gå mot pasientens vilje, for det vil på lang sikt føre til at man får fremmet pasientens autonomi. Når man ser på autonomi som en rettighet, vil dette si at man skal respektere pasientens ønsker. Flere faktorer spiller inn når man skal kartlegge om pasienten kan ta et autonomt valg, blant annet om pasienten er kompetent, om pasienten har et konsistent ønske, om pasienten har mulighet til å forstå og bearbeide informasjon, samt at pasienten ikke er utsatt for ytre press. Hvis pasienten føler seg presset til å ta en bestemt avgjørelse, kan det være vanskelig å foreta ett fritt valg (Slettebø, 2009)

### *3.4.2 Paternalisme*

Paternalisme kan sees på som en begrensning eller en redusering av pasientens autonomi som blir gjort av en annen person, der hensikten er å føre fram til en løsning eller en beslutning som er til pasientens beste. Man rettferdiggjør at man tar en avgjørelse uten pasientens deltakelse med den hensikt å hjelpe pasienten. Man skiller mellom svak og sterk paternalisme. For å kunne benytte svak paternalisme må pasienten ha en svikt i sin evne til å ta avgjørelser som omhandler en selv. For å anvende sterk paternalisme er det også andre forhold som skal tas i betraktning, blant annet om pasienten er utagerende eller er en fare for seg selv eller andre, og er ute av stand til å forstå konsekvensen av sine handlinger. Paternalisme kan noen ganger bli sett på det samme som velgjørenhetsprinsippet. Velgjørenhetsprinsippet går utpå å forebygge skade, eventuelt fjerne skade for så å fremme det gode (Slettebø, 2009)

### 3.5 Sykepleierens veiledende og undervisende funksjon

I rammeplan for sykepleierutdanning står det skrevet: ”Sykepleiere har ansvar for å informere, undervise og veilede pasienter og pårørende. Undervisningsansvaret omfatter også medarbeidere og studenter” (Utdannings og forskningsdepartementet, 2004, s. 6).

Det at sykepleiere har et pedagogisk ansvar ovenfor kolleger dreier seg om å tilrettelegge for utvikling av praktisk dyktighet i sykepleie, altså har sykepleieren et ansvar for å veilede og undervise sine kolleger slik at best mulig sykepleie ytes (Tveiten, 2009).

I artikkelen ”*Prevention of unethical actions in nursing homes*” vises det at åpenhet blant kolleger samt etisk refleksjon i arbeidsdagen øker sykepleiernes innsikt og kompetanse. Ved å få ut potensialet som er i personalgruppa vil det kunne øke deres bevissthet ovenfor deres moralske handlinger og hva slags konsekvenser dette har på pasientene (Solum, et.al., 2008).

### 3.6 Tillitskapende tiltak

I pasientrettighetsloven står det nedfelt at før en benytter tvang skal tillitskapende tiltak vært utprøvd (2012, §4A-3). Johnsen og Smeby sier at tillitskapende tiltak kan sees i sammenheng med en god faglig tilnærming til pasienten og hans eller hennes problematikk (2008). Vi som sykepleiere arbeider innenfor faglige og etiske rammer og har en plikt til å prøve å oppnå samhandling med pasientene så de ikke motsetter seg helsehjelp (ibid.).

Pasienter med demens sykdom kan oppleve hverdagen som truende og kaotisk, fordi deres evne til å forstå situasjonen er nedsatt. Det er derfor viktig at vi som sykepleiere møter pasienten tillitskapende, vennlig og med kunnskaper rundt deres diagnose. Å møte pasienten tillitskapende og vennlig innebærer å møte pasienten med et smil og et engasjert kroppsspråk, noe som kan dempe pasientens angst og heller styrke håpet om å lykkes i for eksempel stellsituasjoner (Munch, 2008). Det er viktig som sykepleiere å legge forholdene til rette for å skape god samhandling. For å skape god samhandling er det tre viktige faktorer som må være tilstedet: tid, informasjon og relasjon. Tid er en avgjørende faktor da pasienter med demens sykdom har behov for mer tid for å kunne bearbeide inntrykk. Tillitt blir viktig, det betyr mye at pasienten har tillitt til sykepleieren. Dette kan bidra til å skape ro og trygghet sammen med pasienten med demens sykdom (Fjørtoft, 2009).

Fjørtoft skriver at makt brukt på en forsvarlig måte gir tillitt. Det tar tid å bygge opp tillitt, men den kan raskt brytes ned. For enkelte pasienter kan det ta lang tid før tillitt er opparbeidet og vi som sykepleiere må vise at vi er tillitt verdig, slik som Kari Martinsen også påpeker (Fjørtoft, 2009).

Evnen til å kommunisere er en av sykepleiernes viktigste ferdigheter og er relevant for å skape tillitt og relasjon med pasienten (Eide og Eide, 2008)

### *3.6.1 Kommunikasjon med pasienten med demens sykdom*

Kommunikasjon betyr å gjøre noe felles. Gode kommunikasjonsferdigheter er viktig for å skape en relasjon, og for å kunne forstå pasienten. Kommunikasjonsferdighetene blir brukt som et hjelpemiddel for å kunne gi bedre hjelp, støtte og til å kunne ta felles beslutninger (Eide & Eide, 2008). Når man skal kommunisere med pasienter med demens sykdom er det viktig å ha kunnskaper om diagnosen, og hvordan dette virker inn på deres kommunikasjonssevner. Pasienter med demens sykdom kan få problemer med å holde oppmerksomheten mot flere ting samtidig, nedsatt forståelse, forstyrrelse i persepsjon og nedsatt hukommelse, dette er faktorer som kan føre til at pasienter med demens sykdom ikke lenger evner å kommunisere både verbalt og nonverbalt (ibid.). Derfor er det viktig for sykepleiere å lage rammer rundt kommunikasjonen som er hensiktsmessige for pasienten. Dette er også viktig fordi språket og kommunikasjonssevnen vil bli ytterligere nedsatt hos pasienter med demens sykdom. Dette endrer også pasienter med demens sykdom sin oppfatning av vår kommunikasjon, derfor blir den nonverbale kommunikasjonen viktigere. Sykepleiere må ha ett bevisst forhold til sitt eget kroppsspråk og være klar over hvilke signaler man gir pasienten. Man bør velge kjente omgivelser siden ukjente omgivelser kan føre til forvirring hos pasienter med demens sykdom, og da kan det bli så å si umulig å føre en samtale. Samtidig bør man begrense antall personer siden dette kan føre til redusert oppmerksomhet (Sejerøe- Szatkowski, 2004). Sykepleieren må ha evne til å uttrykke empati, dette med tanke på å prøve å forstå hva pasienter med demens sykdom mener med sine utsagn og atferd. Det er viktig at kommunikasjonen er informativ og tydelig, og at det ikke blir for mye stimuli av sansene på engang. Man må også vise den demente respekt i forhold til hans eller hennes følelser for å kunne ivareta integriteten (Eide & Eide, 2008). Det er også viktig at samtalen ikke avslører svikten som pasienten har, men at det heller blir en god samtale som fører til økt mestringsfølelse (Fjørtoft, 2009).

Det finnes i hovedsak tre tilnæringsmåter man kan benytte i kommunikasjon med pasienter med demens sykdom; Realitetsorientering, validering og reminisens. Realitetsorientering blir benyttet for å korrigere pasienter med demens sykdom når de har manglende oversikt eller vrangforestillinger. Reminisens er en kommunikasjonsmåte hvor man bruker betydningsfulle minner i sin kommunikasjon med pasienter med demens sykdom (Wogn - Henriksen, 2008). Vi velger å benytte oss av validering som en kommunikasjonsmetode i denne oppgaven fordi validering retter fokuset mot pasientens opplevelse.

### *3.6.2 Validering*

Validering skiller seg fra realitetsorientering og reminisens ved å ha fokuset på pasientens opplevelse, framfor det som er reel og sann informasjon. Målet med validering er ikke at pasienten skal føle seg korrigert, men heller å bli anerkjent og bekreftet med sine meddelelser (Wogn-Henriksen, 2008). Ved denne kommunikasjonsmetoden tar man sikte på de følelsesmessige aspektene som følger med pasientens virklighetsoppfatning. De følelsesmessige aspektene kan omhandle menneskelige behov, tap og minner. Validering kan også sees på som et redskap for å finne mening bak atferden til pasienter med demens sykdom, og empati er ett nøkkelord for å få til dette. Ved å være empatisk i kommunikasjon med pasienter med demens sykdom kan sykepleierne utforske og verdsette de følelsene pasientene har. Hvordan validering brukes i praksis kan variere, men hovedtrekkene er å gjerne bruke berøring og utforskende spørsmål. Det er viktig å merke seg at realitetsorientering, validering og reminisens kan benyttes i ulike situasjoner, og at de må tilpasses etter pasientens behov (Karoliussen & Smebye, 2006)

## 3.7 Sykepleieteoretisk fundament

Sykepleier Kari Martinsen mener i sin omsorgsterapi at mennesker er avhengig av relasjonen de har til hverandre og at denne avhengigheten kommer tydelig fram ved sykdom, skade og funksjonstap. Fordi dette vil føre fram til ulike situasjoner hvor menneskers liv vil være overlatt og utlevert til andre, Martinsen mener at omsorg er ett svar på denne avhengigheten. Hun vektlegger også at omsorgen som skal gis må ta hensyn til pasientenes omgivelser, siden

de er tett forbundet med hverandre. Hun beskriver omsorgen som betingelsesløs, det vil si at omsorgen skal være basert på barmhjertelighet. Begrepet vedlikeholdsomsorg er sentralt i Martinsens omsorgsterapi, dette går ut på å gi omsorg til pasienter som ikke er selvhjulpne, og som heller ikke klarer å gjenvinne sin uavhengighet. Det blir viktig å kunne forstå pasientens livsmuligheter sett i sammenheng med pasientens livshistorie (Kristoffersen, 2008).

Det blir også lagt vekt på profesjonalitet i egenomsorgsterapien. Martinsen mener at for å kunne yte best mulig omsorg, må sykepleieren være i stand til å bli engasjert i pasientens tilstand, men på pasientens premisser. Sykepleieren må altså ha en lydige og lyttende holdning, for at pasienten skal føle at hans eller hennes stemme blir hørt. (ibid.).

Svak paternalisme vil si at sykepleieren ut ifra sin egen forståelse bestemmer hva som er til pasientens beste. På grunn av at hennes omsorgsterapi retter seg mot de som i ingen eller liten grad kan gjenvinne uavhengigheten understreker hun at det kan være bra at sykepleieren kan se hva pasienten trenger, uten at han eller hun trenger å uttrykke det. Her er det viktig at sykepleieren benytter sin merforståelse, slik at avgjørelsen blir best mulig for pasienten. Men hun stiller seg også kritisk til at innholdet i omsorgen som pasienten mottar er bestemt ut fra sykepleierens situasjonsforståelse (Kristoffersen, 2008).

Martinsen skriver videre i sin sykepleietenkning om ”å bli tillitt verdig”, hun skriver at tillitten er fundamental, og den skal ikke begrunnes. Å vise tillitt sier Martinsen er å tørre å utlevere seg for å bli imøtekommet. Tillitt er grunnleggende i alle samtaler og i våre holdninger. Den andres tillitt kan bli brutt ned ved at vi ikke tar i mot den andres utlevering. Den tillitten pasienten viser sykepleieren må sykepleieren vise verdighet ovenfor for da vil pasienten kunne våge seg frem. For å bygge opp en tillitt mellom sykepleier og pasienten sier hun at det bør foreligge en autoritetsstruktur som bygger på svak paternalisme. Dette forutsetter at sykepleieren innehar faglig kunnskap som pasienten ikke har og er i vanskelige situasjoner rustet til å ta en avgjørelse som er til pasientens beste. På den måten blir sykepleieren pasientens tillitt verdig (Martinsen, 2005).

## 4.0 Drøfting

Vi skal gjennom denne drøftingsdelen anvende teorien og forskningen som er beskrevet tidligere i oppgaven for å synliggjøre sykepleierens funksjon i arbeidet for å kunne forhindre bruk av tvang i demensomsorgen. Vi knytter drøftingen vår opp mot ivaretakelsen av personlig hygiene hos Olga. Vi kommer også til å drøfte tillitskapende tiltak for så å komme frem til konkrete tiltak som kan være med å forhindre tvang i forhold til vår case om Olga. Vi ønsker å finne svar på vår problemstilling som er:

*”Hvordan kan sykepleiere benytte tillitskapende tiltak for å forhindre bruk av tvang hos pasienter med demens sykdom?”*

### 4.1 Balansegangen mellom autonomi og paternalisme

Som sykepleiere er det viktig å bygge opp tillitt til pasienten, for å skape en relasjon og for å kunne forstå pasientens situasjon (Fjørtoft, 2009) Sykepleieren må vise seg tillitt verdig ovenfor pasienten. Siden Olga ikke er samtykkekompetent blir det viktig for sykepleierne å finne en balansegang mellom autonomi og paternalisme. Hvis man ser på autonomi som en rettighet skal sykepleierne respektere pasientens avgjørelser, men for pasienter med demens sykdom kan dette være vanskelig. Autonomi som en rettighet vil kunne komme i konflikt med autonomi som en egenskap, fordi vi ser at Olga har vanskeligheter med å ta avgjørelser som er til sitt eget beste (Slettebø, 2009). I casen kommer det frem at Olga er inkontinent for urin og avføring og motsetter seg hjelp til personlig hygiene og får i forbindelse med dette ofte en aggressiv atferd. Her blir det vanskelig for sykepleierne å ivareta autonomien på best mulig måte og de kan tre inn i en paternalistisk rolle, noe som kan påvirke det tillitskapende arbeidet. Sykepleierne trer inn i en paternalistisk rolle med den hensikt å ta en avgjørelse som er til pasientens beste, dette er noe Kari Martinsen stiller seg kritisk til. Hun begrunner dette med at sykepleien er bestemt ut fra sykepleierens forståelse av situasjonen (Kristoffersen, 2008). Vet vi om den sykepleien vi utøver er til pasientens beste? Vi ser at åpen dialog og refleksjon blant de ansatte kan være et viktig verktøy for å komme frem til en løsning som er til det beste for pasienten (Solum, et.al, 2008). Det er viktig at de ulike sykepleierne ikke kommer med ulike løsninger til Olga om hva som er hennes beste, men at løsningene bygger på faglig kompetanse og forsvarlighet. Dette kommer også frem i helsepersonelloven hvor det er nedfelt:

”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig” (§4, 2012).

Ved å benytte paternalisme kan det bli større avstand mellom sykepleieren og Olga, sykepleieren vil kunne bli mindre engasjert i Olga sine verdier ved å ta beslutninger på hennes vegne. Siden Olga motsetter seg hjelp til ivaretagelse av personlig hygiene opplever sykepleierne det som vanskelig å la henne være en autonom pasient siden hennes ønsker strider i mot det vi anser som ”pasientens beste”. I forskning kommer det frem at etiske dilemmaer ofte oppstår når sykepleierne ikke respekterer pasientens autonomi, verdighet og respekt (Solum, et.al., 2008). Å opptre paternalistisk, men allikevel ivareta disse områdene kan bli en utfordring for sykepleierne. På en annen side kan svak paternalisme være med på å bygge opp tillitt på sikt, dersom det bidrar til å forebygge skade (Slettebø, 2009). Ved å benytte paternalisme i sykepleien til Olga er det viktig at hun ikke føler seg overkjørt av sykepleierne, men heller høre på hennes meninger. Forskning viser til dette som en utfordring da en studie belyser at alle pasientene som var involvert i et etisk dilemma hvor autonomi og paternalisme kom i konflikt med hverandre, hadde vanskeligheter med kommunikasjon (Solum, et.al., 2008). Svak paternalisme brukt på en forsvarlig måte kan føre til noe godt og her støtter vi oss til Kari Martinsen sin sykepleietenkning. Dersom Olga har vanskeligheter med å uttrykke sine behov er det bra at sykepleierne kan se hva hun trenger uten at hun trenger å si det (Kristoffersen, 2008).

#### 4.2 Å bistå Olga med ivaretagelsen av personlig hygiene

”Hygiene er halve helsa” lyder et libanesisk ordtak, men er det slik for alle? (Siterte sitater, 2012). I casen ser vi Olga som motsetter seg hjelp til personlig hygiene og her er det viktig at sykepleierne ser ulike løsninger, siden målet er å fremme pasientens integritet og mestring. Sykepleierens opptreden blir viktig i forbindelse med stellsituasjonen og det skal være en verdig opplevelse for begge parter (Brodtkorb, 2008). Ved bruk av tvang ødelegger man kanskje det målet man ønsker å oppnå? Og for pasienten vil det kunne føre til svekkelse av tillitten om man velger å bruke tvang som løsning. I forskning kommer det frem at tvang blir brukt fordi sykepleiere ikke ser andre løsninger og tvang ofte kan være med på å skade pasienten i stedet for å beskytte (Zwijssen, et.al., 2011). Her ser vi viktigheten av



sykepleierens undervisende og veiledende funksjon. Å veilede sine kollegaer så stellet blir mest mulig verdsatt blir en viktig sykepleieoppgave (Brodtkorb, 2008). Dette underbygges også av forskning hvor det står at etisk refleksjon blant kolleger vil øke deres innsikt i vanskelige situasjoner (Solum, et.al., 2008), mens en annen studie viser at det å reflektere mellom frivillighet og tvang er utfordrende i et så krevende praksisfelt (Hem, et.al., 2010). Ved å kunne veilede og undervise kollegaer kan kunnskapen og kompetansen økes til en mer ønsket retning, og kan bidra til at sykepleiere ser andre løsninger enn tvang. Men hvis en ser det fra en annen side, hvordan vet sykepleieren som skal veilede de ansatte hva Olga oppfatter som verdig? Hva er det som får henne til å oppleve et verdig stell? Som det står nevnt i studien av Hem, Gjerberg, Pedersen og Førde (2008) er renslighet en viktig verdi i vår kultur og det er viktig at denne verdien fortsatt får stå sentralt hos Olga. Vi ser viktigheten av sykepleierens kompetanse og kunnskap rundt Olga som person og hennes diagnose for å kunne gi et verdig stell. Pasienter med demens sykdom kan ofte få en aggressiv og utagerende atferd i situasjoner de føler er vanskelige eller forvirrende (Brodtkorb, 2008). Olga blir ofte aggressiv når sykepleierne skal hjelpe henne med ivaretagelsen av personlig hygiene. Her tenker vi sykepleierne får en utfordring. Hvordan få de ansatte til å yte sykepleie til Olga slik at situasjonen ikke oppleves som vanskelig? Det er viktig at man tenker på sine holdninger ovenfor pasienten siden dette har mye å si for hvordan gjennomførelsen av stellet blir (Brodtkorb, 2008). Har man ikke den hensikt å forstå pasientens situasjon er det også vanskelig å komme frem til problemløsende tiltak. Som sykepleier har man kunnskaper om Olgas diagnose og man vet at omsorgen som gis kan bli oppfattet som det motsatte (Fjørtoft, 2009). Utfordringen til sykepleierne blir å kunne snu denne stellsituasjonen til noe positivt slik at en på best mulig måte kan ivareta hennes integritet og verdighet. Å gjøre stellstiasjonen til noe positivt innebærer at både Olga og sykepleieren får følelsen av å lykkes og at stellet blir en verdig opplevelse (Brodtkorb, 2008). I en studie gjort i Norge fremhever en av deltakerne dette: "Personlig stell innebærer at pleiepersonellet har tilgang til pasientens intime områder av kroppen" (Hem, et.al., 2010). Pasienter med demens sykdom kan ha vanskeligheter med å uttrykke seg og det er viktig å være engasjert i hva atferden kan fortelle oss. Hvorfor motsetter hun seg hjelp i ivaretagelsen av personlig hygiene? Kanskje er det noe som foreligger i Olgas historie som knytter noe negativt til akkurat stellsituasjonen? Her støtter vi oss til Kari Martinsens sykepleietenkning, hun skriver at det er viktig å kunne forstå pasientens livsmuligheter sett i sammenheng med pasientens livshistorie (Kristoffersen, 2008). Hvis man stadig går inn i stellsituasjoner med holdninger om at tvang er den eneste

utvei kan det bli vanskelig å finne årsaken bak atferden til Olga. Sykepleiernes mål i ivaretagelsen av personlig hygiene er å kunne forhindre bruk av tvang ved at tillitt opparbeides. Dette krever at sykepleierne lar Olga få uttrykke sine behov og ønsker og at hun får en følelse av deltakelse. Forskning viser også at tvang kan forhindres ved at man tar seg god tid til å bygge relasjoner til pasienten og på den måten kan fremme pasientens delaktighet, kontroll og frivillighet (Hem, et.al., 2010). Kari Martinsen påpeker også at sykepleierne må ha en lydig og lyttende holdning slik at pasienten skal føle at hans eller hennes stemmer blir hørt (Kristoffersen, 2008). Ved å ta fra Olga deltakelsen vil hun kunne få en følelse av å bli overkjørt og motsette seg helsehjelp. Det er også viktig å vise forståelse for at hun motsetter seg helsehjelp og sykepleierne kan forsøke å kartlegge hva som er årsaken til hvorfor hun motsetter seg. Men det forutsetter at kartleggingen ikke er preget av en subjektiv opplevelse av sykepleieren, men at flere sykepleiere kan samarbeide i kartleggingen.

#### 4.3 Viktigheten av sykepleiernes kommunikasjonsevner

Det stilles krav til sykepleierens kommunikasjonsevner i møte med pasienter med demens sykdom (Eide & Eide, 2008). Det kan derfor være hensiktsmessig å undervise de ansatte i forhold til kommunikasjon. Siden man ved demens etter hvert mister sin evne til å forstå andres kommunikasjon og evnen til å uttrykke seg er det viktig at vårt kroppsspråk og den verbale kommunikasjon er samkjørt (Sejerøe-Szatkowski, 2004). Gir vi Olga ulike signaler kan dette føre til misforståelse og forvirring og situasjonen vil ikke lenger føles trygg. Da vil kommunikasjon som to likeverdige parter være vanskelig å gjennomføre og Olga kan få problemer med å forstå hva som skal skje under stellet. På denne måten kan hun tolke omsorgen som gis som skremmende og tvingende. Og da kan man mislykkes som sykepleier i å kunne fremme pasientens integritet, delaktighet, kontroll og frivillighet. Olga vil kanskje også føle et brudd i tillitten fordi respekten og omtanken for henne ikke kommer frem. I den undervisende og veiledende funksjonen bør man derfor vektlegge tid og tålmodighet. Dette er viktig i møte med pasienter med demens sykdom (Fjørtoft, 2009). Ved å bruke tid sammen med Olga kan hun få tid til å orientere seg om tid og sted, noe som er svekket ved demens sykdom. Med tid og tålmodighet kan hun også få en forståelse av hva som skal skje. Det er viktig at man snakker på en informativ og tydelig måte (Eide & Eide, 2008) Ved at vi forklarer hva som skal skje på en slik måte at hun forstår hva som blir sagt kan det øke hennes deltakelse. Dette står også nedfelt i pasientrettighetsloven §3-5:

”Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte” (2012).

#### 4.4 Validering som et kommunikasjonsredskap

For sykepleiere er det viktig å ha kunnskaper om ulike kommunikasjonsmetoder man kan benytte seg av når man kommuniserer med pasienter med demens sykdom. Forskning fremhever viktigheten av sykepleiernes kommunikasjonsferdigheter i demensomsorgen og kunnskaper som omhandler dette (Solum, et.al., 2008). Vi har valgt å benytte oss av validering som en kommunikasjonsmetode i møte med Olga. Validering dreier seg om å kommunisere ut i fra pasientens verdier (Wogn-Henriksen, 2008), dette underbygges også av vår yrkesetikk da det i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står skrevet: ”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet” (NSF, 2011, s. 8). Kjennetegnet ved validering er at man ofte bruker berøring og utforskende spørsmål ved kommunikasjonen (Karoliussen & Smebye, 2006). Ved å stille utforskende spørsmål kan sykepleiere klare å finne mening bak atferden til Olga. Det er viktig å vite noe om hennes opplevelse av situasjonen. Kari Martinsen støtter dette i sin sykepleietenkning hvor hun vektlegger at sykepleierne må være i stand til å bli engasjert i pasientens tilstand. Ved at sykepleierne er engasjert i Olga sin tilstand kan en lettere finne mening med hennes atferd (Kristoffersen, 2008). De utforskende spørsmålene bør stilles på en slik måte at de ikke blir forvirrende for Olga. Spørsmål som begynner med hvorfor kan være vanskelig for henne å svare på da pasienter med demens sykdom har nedsatt evne til å tenke og ressonere (Hjort, 2010) Dersom sykepleierne stiller et slikt spørsmål som Olga ikke vil kunne klare å svare på vil det kanskje kunne føre til forvirring og frustrasjon hos henne. For at sykepleien vi utøver blir best mulig tilpasset Olga er det hensiktsmessig at de utforskende spørsmålene vil føre til en økt forståelse for Olga i hennes situasjon. Forskning fremhever viktigheten av å komme frem til en etisk løsning hvor pasient og sykepleier kan forstå hverandre og ha en dialog, dette kan igjen være med på å oppfylle pasientens ønsker (Solum, et.al., 2008). Som sykepleier må man også tenke på at de spørsmålene man stiller Olga kan være vanskelig å svare på, og tidligere opplevelser som har vært vanskelige kan dukke opp. Selv om spørsmålet etter kort tid er glemt, kan Olga fortsatt sitte igjen med følelse av for eksempel tristhet eller aggresjon (Eide & Eide, 2008). Dette er også grunnen for at vi valgte validering fremfor

realitetsorientering.

Ved validering tar man hensyn til pasientens opplevelse fremfor reell og sann informasjon. Dette kan være en fin metode for å finne mening i Olga sin atferd. Ved at vi har fokus på hennes opplevelse vil dette kunne være med på å styrke vårt tillitskapende arbeid (Wogn-Henriksen, 2008). Ved å ha fokus på pasientens opplevelse støtter vi oss også til Kari Martinsen sin sykepleietenkning, hun fremhever at sykepleierne må ha en lydige og lyttende holdning for at pasientens stemme skal bli hørt (Kristoffersen, 2008). Men dette kan også by på utfordringer. Olga får ofte en aggressiv atferd i forhold til hjelp med ivaretagelsen av personlig hygiene og det er hensiktsmessig for sykepleierne å finne ut hva denne atferden kommer av. Kan det komme av mangel på informasjon om hva som skal skje? I så fall kan det være nyttig at pasienten får informasjon om hva som skal skje og hvorfor. Da har man ikke lenger fokuset på pasientens opplevelse men på å realitetsorientere pasienten. Hvis Olga motsetter seg helsehjelp på grunn av vonde opplevelser som har skjedd tidligere i livet kan det hende at hennes aggressive atferd ikke skyldes mangel på informasjon, men på grunn av vonde minner. Da er det viktig at man tar hensyn til de følelsesmessige aspektene hun føler der og da og realitetsorientere pasienten da kan være mot sin hensikt. Dette fordi Olga vil føle seg korrigert fremfor å bli anerkjent med sine meddelelser (Wogn-Henriksen, 2008).

Validering ser også på berøring som en viktig del av kommunikasjonen (Karoliussen & Smebye, 2006). Her ser vi både fordeler og ulemper. Dette kan være en del av tillitten som skal skapes for å forhindre bruk av tvang. Men på en annen side bør sykepleierne ha kunnskaper om Olga sin historie, knytter det seg noe negativt til stellsituasjonen? Dersom dette er tilfelle kan berøring som en del av kommunikasjonen føre til at tillitten vi forsøker å bygge opp kan bli svekket og det vil kunne ta lang tid å bygge den opp igjen. Berøring kan være med på å gi trygghet så lenge det blir gitt på Olga sine premisser. Olga kan også ha opplevd stellsituasjonen som i grenselandet mellom frivillighet og tvang, kanskje berøring bringer frem negative følelser hos henne knyttet til dette? Det er også viktig å huske på det forskning fremhever at pasienter med demens sykdom er sårbare og ofte har en følelse av mangel på kontroll (Hem, et.al., 2010). Det derfor viktig å ikke frata Olga dette. Samtidig kan berøring være hensiktsmessig siden demens sykdom vil progrediere vil det bli lagt større vekt på den nonverbale kommunikasjonen (Snoek & Engedal, 2008). Berøring som for eksempel å holde pasienten i hånda, kan være en del av den nonverbale kommunikasjonen for å gi uttrykk for trygghet og støtte.

Det er viktig å finne mening i det Olga uttrykker, og dette støttes av forskning. I en studie

uttrykker deltakerne at det er mulig å finne mening i det pasienter med demens sykdom uttrykker og at man må nærme seg pasientene med respekt (Hem, et.al., 2010). På en annen side kan det bli en utfordring for sykepleiere å finne mening i det Olga uttrykker og hennes atferd, i en studie gjort i Nederland kommer det frem at kommunikasjon og tolkning av ytringer i demensomsorgen er en stor utfordring for sykepleiere (Zwijssen, et.al., 2011). Å kunne samhandle med Olga blir svært viktig for sykepleierne for å kunne forhindre bruk av tvang og bygge opp tillitt. I en studie gjort i Norge kommer det frem at mangel på samhandling med pasienter med demens sykdom er en stor faktor til hvorfor tvang blir benyttet i sykehjem (Kirkevold & Engedal, 2004).

#### *4.4.1 Åpenhet og empati – en viktig del av validering*

Sykepleierne må være empatiske i kommunikasjonen med pasienter som har demens sykdom siden dette er sentralt for å kunne finne årsaken til atferden hos pasientene (Sejerøe – Szatkowski, 2004). Ved å være empatiske i kommunikasjonen kan sykepleiere utforske og verdsette de følelsene som Olga har (Karoliussen & Smebye, 2006). Kari Martinsen vektlegger sykepleiernes profesjonalitet og vår empatiske holdning vil komme inn under dette (Kristoffersen, 2008). I Olga sitt tilfelle der hun motsetter seg hjelp til ivaretagelse av personlig hygiene og skriker etter mannen sin ser vi på det som lite gunstig å orientere henne om at hun er på sykehjem og at hennes mann er død. Dette vil gi henne et dødsbudskap som kan føles som vondt for henne lenge etter at budskapet er mottatt, dette vil gi oss et dårligere utgangspunkt for det tillitskappende arbeidet. Erfaringsmessig har vi sett at det er mer hensiktsmessig å anerkjenne disse følelsene og dermed møte pasientene på en empatiske måte. Det å ha en empatiske holdning underbygges også av forskning hvor det kommer frem at en må nærme seg pasienten med respekt, ta seg tid, bygge relasjoner og fremme pasientens deltakelse, kontroll og frivillighet (Hem, et.al., 2010). Alt dette vil kunne være med på å styrke sykepleiernes empatiske holdning i møte med Olga.

Det vektlegges også åpenhet i forhold til følelser innenfor dette kommunikasjonredskapet (Sejerøe – Szatkowski, 2004), dette er noe som støttes av forskning; Åpenthet mellom pasient og sykepleier er viktig for å kunne skape en relasjon basert på tillitt (Solum, et.al., 2008). Vi må derfor lytte til Olga og hennes følelser, og her er Kari Martinsen sin sykepleietenkning sentralt siden hun vektlegger å være tillitt verdig. For her vil Olga kunne utlevere seg til sykepleieren, noe som fører til at sykepleieren må vise verdighet ovenfor Olga så hun våger

seg frem og blir hennes tillitt verdig. Martinsen påpeker også at tillitt er grunnleggende i alle samtaler (Martinsen, 2005).

#### 4.5 Tillitskapende tiltak

Som sykepleier har man en plikt til å prøve å oppnå samhandling med pasienter slik at de ikke motsetter seg helsehjelp (Johnsen & Smebye, 2008). Vi valgte å benytte tillitskapende tiltak for å kunne forhindre bruk av tvang. Dette er også nedfelt i pasientrettighetsloven paragraf 4A-3, at tillitskapende tiltak skal være utprøvd før en kan benytte seg av tvang (2011).

Forskning fremhever viktigheten av å skape tillitt. Deltakerne følte det var viktigere og begrense bruk av tvang og heller frem til andre gode alternativer for å skape tillitt (Zwijsen, et.al., 2011). Målet med å skape en relasjon basert på tillitt er å kunne begrense unødig bruk av tvang. Det er derfor viktig å skape et sykepleie –pasient forhold med Olga så man kan komme frem til en faglig tilnærming til hennes problematikk.

For sykepleierne som skal møte Olga er det viktig at de har kjennskap til ulike tiltak som er tillitskapende. Dersom de ufaglærte på avdelingen ”tror” de vet hva tillitskapende tiltak er og prøver ut disse kan det virke mot sin hensikt dersom det ikke er i tråd med den faglige forsvarligheten. Her får sykepleierne en viktig oppgave i å undervise og veilede sine kolleger om temaet, slik at de tillitskapende tiltakene som benyttes under stellsituasjonen med Olga er basert på faglig forsvarlighet og kompetanse. Vi mener det er viktig at kollegaer har en faglig refleksjon om sin egen faglige praksis. Har man en åpenhet og ærlighet om dette, vil det kunne bli enklere å komme frem til tillitskapende tiltak og få satt ord på hva man ser på som vanskelig. Ved at man veileder sine kollegaer til økt kompetanse og kunnskap vil dette også bedre sykepleien som Olga mottar (Tveiten, 2009). Dette underbygges også av forskning etisk refleksjon i arbeidsdagen vil øke pleiernes innsikt i vanskelige situasjoner (Solum, et.al., 2008).

Vi ser på holdninger som viktig i møte med Olga. Å møte pasienter med åpenhet og et klart sinn ser vi som på viktig siden våre holdninger gjenspeiler seg i våre handlinger.

Vi ser viktigheten av tid, informasjon og relasjon for å skape en god samhandling med Olga (Fjørtoft, 2009).

Tid er viktig for at Olga skal få bearbeide inntrykkene hun får i situasjonen (Fjørtoft, 2009).

Dersom sykepleierne er preget av stress kan dette være med på å utløse motstand hos Olga. I

vår praksiserfaring har vi sett at nok tid kan være en utfordring, men at dette kan løses ved gode prioriteringer, planlegging og organisering. Forskning påpeker at tid er viktig for å kunne skape tillitt noe som samsvarer med vår praksiserfaring (Hem, et.al., 2010).

Er sykepleierne stresset og dette vises til Olga vil hun kanskje tolke det som at sykepleierne ikke er tilstedet for henne, men kun er der for å få jobben gjort.

Å være tilstedet for pasienten er en viktig del av det tillitskapende arbeidet, dette vektlegger også Kari Martinsen i sin sykepleietenkning. Hun skriver at mennesker er avhengig av relasjonen de har til hverandre og denne avhengigheten kommer til syne ved sykdom og skade. Å være tilstedet vil da kunne være viktig for relasjonen og tillitten som skal bygges opp. Men det er også viktig å la Olga få sin tid alene. Forskning viser at stellsituasjonen ofte fører til en følelse av å bli invadert i sitt privatliv. Dersom vi overdriver det å være tilstedet kan Olga få en følelse av å bli invadert og det tillitskapende arbeidet kan virke mot sin hensikt (Munch, 2008). Sykepleierne må huske på at sykehjemmet er Olga sitt hjem.

Å ha kjennskap til pasienten kan også være med på å skape tillitt, dette forutsetter at sykepleierne er engasjert i Olga sin tilstand og hennes situasjon, noe også Martinsen påpeker i sin sykepleieteori (Kristoffersen, 2008). Men her blir det viktig å tilnærme seg Olga på en rolig måte slik at hun ikke føler seg overkjørt. Å ha kjennskap til Olga som person kan også virke som en avledning. Dersom omsorgen vi yter blir påtatt som en følge av at sykepleierne ikke kjenner Olga vil hun kanskje yte motstand. Men på en annen side om sykepleierne har kjennskap til henne kan hun kanskje bli avledet ved at sykepleierne kan føre en samtale om hverdagslige elementer og ting som Olga er opptatt av.

Å gi informasjon er også en del av det å skape tillitt. Det er viktig at Olga får tilstrekkelig informasjon for å føle seg trygg og for å kunne vise tillitt ovenfor sykepleierne. Men det kan være en utfordring å tilrettelegge for at Olga får den informasjonen hun har behov for. Å gi Olga mye informasjon som hun ikke mestrer å ta innover seg og bearbeide vil kanskje virke mot sin hensikt og hun vil kunne føle seg utrygg og forvirret (Fjørtoft, 2009). Vi har opplevd i praksissituasjoner at pasienter med demens sykdom ofte skifter fokus i samtaler og vi ser derfor viktigheten av å gi korte beskjeder gjentatte ganger.

Sykepleierne må også kunne gi adekvat mengde bistand, en må la Olga få ta del i stellsituasjonen og ikke la henne føle seg overkjørt av sykepleierne. Forskning underbygger viktigheten av å fremme pasientens deltakelse i stellsituasjonen (Hem, et.al., 2010). Ved å la henne delta vil kunne være med på å skape tillitt (Brodtkorb, 2008).

## 5.0 Konklusjon

Vi har gjennom denne bacheloroppgaven tilegnet oss kunnskaper om ulike tillitskapende tiltak som sykepleiere kan benytte for å forhindre bruk av tvang hos pasienter med demens sykdom. Oppgaven har gitt oss en økt forståelse innenfor demens sykdom og tvang og en økt kunnskap om de faktorene som er medvirkende for å kunne forhindre bruken av tvang i demensomsorgen.

Vi har stor tro på sykepleierens undervisende og veiledende funksjon i denne sammenheng. Ved at sykepleierne veileder og underviser kolleger kan det føre til en økt kompetanse blant personalet og de vil kunne bli bedre rustet til å se andre alternativer enn tvang. På denne måten kan man øke kompetansen og kunnskapen blant sine kolleger, noe vi gjennom oppgaven har sett på som viktig for å kunne se andre løsninger enn tvang i situasjoner man opplever som vanskelig. Vi ser viktigheten av dette for å kunne utøve forsvarlig sykepleie til pasienter med demens sykdom (Tveiten, 2009).

Vi har også gjennom oppgaven sett viktigheten av sykepleiernes juridiske ansvar ved å forholde seg til lover og vedtak.

Vi har kommet frem til ulike tillitskapende tiltak som kan benyttes i møte med Olga. Men siden demens sykdom er en subjektiv opplevelse og alle vil opptre ulikt med denne sykdommen kan det være hensiktsmessig å tilpasse tiltakene til hver enkelt pasient (Edberg, 2011). Det er også viktig å forstå hva atferden til Olga forteller oss, på denne måten kan det bli det enklere å tilpasse de tillitskapende tiltakene etter Olga sine behov. Effekten av tiltakene kan variere og her har vi tro på at man bør prøve seg frem med tiltak som er bygget på forsvarlighet, kompetanse og en individuell tilnærming (Karoliussen & Smebye, 2006).

Eide & Eide påpeker at kommunikasjon er en av de viktigste tilnæringsmåtene sykepleiere har (2008). Vi har gjennom oppgaven sett viktigheten av å tilpasse kommunikasjonen ut ifra pasientens omgivelse og situasjon, siden kommunikasjonsevnene til pasienter med demens sykdom vil bli ytterligere nedsatt blir det viktig å vektlegge den nonverbale kommunikasjonen (Eide & Eide, 2008). Her er hjørnesteiner som tid og tålmodighet viktig, skal man opparbeide tillitt til Olga må hun få tid til å bearbeide hva som skjer (Fjørtoft, 2009).

Validering har vist seg gjennom oppgaven å ha stor verdi i møte med pasienter med demens sykdom, vi tror at det å rette fokuset mot pasientens opplevelse og at hun blir anerkjent med sine meddelelser vil kunne være med på å skape tillitt (Wogn-Henriksen, 2008). Ved at sykepleieren er bevisst på sitt kroppsspråk og holdninger i møte med pasienter med demens



sykdom vil dette kunne være tillitskapende slik at en kan forhindre bruken av tvang. Hvis sykepleieren fremmer integritet, mestring og verdighet kan også dette føre til at tillitt opparbeides (Brodtkorb, 2008).

Vi ser på det å ivareta pasientens autonomi som en svært viktig sykepleieoppgave (NSF, 2011). Ved å gi henne en følelse av kontroll, delaktighet og frivillighet kan dette føre til at autonomien fremmes. På denne måten kan stellsituasjonen oppleves som verdig for begge parter og dette kan være med på å skape tillitt (Hem, et.al., 2010).

Vi har også gjennom oppgaven støttet oss til Kari Martinsens sykepleietenkning. Vi ser at svak paternalisme kan være hensiktsmessig i møte med pasienter med demens sykdom ved at det kan bidra til å forebygge skade og på sikt kan føre til at autonomien fremmes som igjen vil kunne være tillitskapende (Kristoffersen, 2008).

Vi ser viktigheten av at sykepleierne møter hver enkelt pasient med demens sykdom med en individuell tilnærming fordi hver enkelt pasient er unik. For å få til dette ser vi at det kan være hensiktsmessig å ha kjennskap til pasienten. Sammen med dette og en forståelse rundt tillitskapende tiltak har vi tro på at sykepleiere kan bidra til å forhindre bruken av tvang i demensomsorgen.

## 6.0 Litteraturliste

\*Borge, A.M. (2010) Personlig hygiene. Mekki, T.E. (Red.). *Sykepleie boken 1*. (1. Utg., s. 423-452) Oslo: Akribe Forlag.

Brodtkorb, K. (2008) Stellet: Mulighetens arena. Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H. (Red.). *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*. (1. Utg., s. 148-156) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalheim, A., Herud, T., Jørs, M., I., Koch, A.M., & Skaug, E-A. (2005) Hygiene. Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A. (Red.). *Grunnleggende sykepleie*. Bind 2. (1.Utg., s. 216-273) Oslo: Gyldendal akademisk.

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4. Utg) Oslo: Gyldendal akademisk.

\*Edberg, A-K. (2011). Att möta personer med demens. Edberg, A-K. (Red.). *Att möta personer med demens*. (s. 19-31). Lund: Studentlitteratur AB.

Eide, H. & Eide, T. (2008) *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. Utg) Oslo: Gyldendal akademisk.

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

Fjørtoft, A-K. (2009) *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.

\*Helsedirektoratet (2008). *Lov om pasientrettigheter kapittel 4 A: Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp*. (Rundskriv IS-10/2008) Lokalisert

på: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/lov-om-pasientrettigheter-kapittel-4a/Publikasjoner/rundskriv-lov-om-pasientrettigheter.pdf>

\*Hem, M.H., Gjerberg, E., Pedersen, R., & Førde, R. (2010). *Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang*. Lokalisert på:

<http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/569183/pleie-og-omsorg-i-grenselandet-mellom-frivillighet-og-tvang> (s. 294-301).

\*Hjort, P.F. (2010). *Alderdom: Helse, omsorg og kultur*. (1.Utg). Oslo: Universitetsforlaget.

\*Hjorth-Hanssen, J. Honndalsportalen (2009). *Pårørandegruppe for demente i Hornindal*.

Lokalisert på:

<http://www.hornindal.com/index.php?f=08050124&eid=52&spid=268&sid=2&mid=0102&id=8326>

\*Johnsen, L. & Smebye, K.L. (2008) Bruk av tvang i demensomsorgen. Rokstad, A.M.M., & Smebye, K.L. (Red.). *Personer med demens: Møte og samhandling*. (1. Utg., s. 207-231). Oslo: Akribe Forlag.

\*Karoliussen, M., & Smebye, K.L. (2006) *Eldre, aldring og sykepleie*. (2. Utg). Oslo: Gyldendal akademisk.

\*Kirkevold, Ø. (2005) *Bruk av tvang i sykehjem*. Lokalisert på:

<http://tidsskriftet.no/article/1192223>

\*Kirkevold, Ø., & Engedal, K. (2004). *A study into the use of restraint in nursing homes in Norway*. Lokalisert på: <http://search.proquest.com/docview/199407533?accountid=42560> (s. 902-905).

Kristoffersen, N.J. (2008) Teoretiske perspektiver på sykepleie. Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A. (Red.). *Grunnleggende sykepleie*. Bind 4. (1. Utg., s. 11-99). Oslo: Gyldendal akademisk.

Lov om helsepersonell LOV 1999-07-02-64. §4. (2012). Lokalisert på:

<http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-064.html>

Lov om pasientrettigheter LOV 1999-07-02-63. §4-1, §4-3, §4a-3, §3-5. (2012). Lokalisert på:

<http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html>

Lunde, B.V. (2008) Juss og etikk i sykepleien. Brinchmann, B.S. (Red.). *Etikk i sykepleien* (2.Utg., s. 164-186) Oslo: Gyldendal akademisk.

\*Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. (1. Utg). Oslo: Akribe Forlag.

\*Munch, M. (2008) Marte Meo som veiledningsmetode. Rokstad, A.M.M., & Smebye, K.L. (Red.). *Personer med demens: Møte og samhandling*. (1. Utg., s. 312-339). Oslo: Akribe Forlag.

Norsk sykepleierforbund (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo:

Sykepleierforbundet. Lokalisert på:

[https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L. M. (2007) *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: En arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

\*Sejerøe-Szatkowski, K. (2004). *Demens: Kommunikasjon og samarbeid*. (1. Utg). Oslo: Gyldendal akademisk.

\*Siterter sitater (2012). *Hygiene*. Lokalisert på:

<http://www.ordtak.no/index.php?v=sitat&emne=Hygiene>

Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk*. (5. Utg). Oslo: Gyldendal akademisk.

Snoek, J.E. & Engedal, K. (2008). *Psykisatri: Kunnskap, forståelse, utfordring*. (3. Utg) Oslo: Akribe forlag.

\*Solum, E.M., Slettebø, Å., & Hauge, S. (2008). *Prevention of unethical actions in nursing homes*. Lokalisert på: <http://search.proquest.com/docview/201447176?accountid=42560> (s. 1-13).

\*Stensvik, G.T. & Olsen, I.H. (2010) *Tillitskapende tiltak: De gode eksempler*. Trondheim kommune. Lokalisert på: [http://www.fylkesmannen.no/Tillitskapende\\_tiltak\\_gode\\_eksempler\\_-\\_Geir\\_Tore\\_Stensvik\\_og\\_Ingrid\\_Haug\\_Olsen\\_LUyGX.pdf.file](http://www.fylkesmannen.no/Tillitskapende_tiltak_gode_eksempler_-_Geir_Tore_Stensvik_og_Ingrid_Haug_Olsen_LUyGX.pdf.file)

Tveiten, S. (2009) *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. (2. Utg) Bergen: Fagbokforlaget.

\*Utdannings- og forskningsdepartementet (2004). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Lokalisert på: [http://www.regjeringen.no/upload/kilde/ufd/pla/2003/0002/ddd/pdfv/215887-rammeplan\\_sykepleierpl.\\_23.juni\\_04\\_ny..pdf](http://www.regjeringen.no/upload/kilde/ufd/pla/2003/0002/ddd/pdfv/215887-rammeplan_sykepleierpl._23.juni_04_ny..pdf)

\*Wogn- Henriksen, K. (2008) Kommunikasjon. Rokstad, A.M.M., & Smebye, K.L. (Red.). *Personer med demens: Møte og samhandling*. (1. Utg., s. 87-112). Oslo: Akribe Forlag.

\*Zwijssen, S.A., Depla, M.F.I.A., Niemeijer, A.R., Francke, A.L., & Hertogh, C.M.P.M. (2011). *The concept of restraint in nursing home practice a: a mixed method study in nursing homes for people with dementia*. doi: 10.1017/S1041610210002267 (s. 1-12).

\*= Selvvalgt litteratur

## **VEDLEGG**

Vedlegg 1: Individuelt notat kandidatnummer 223

Vedlegg 2: Individuelt notat kandidatnummer 259

(Kun vedlagt i papirversjon).