



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelse

Med respekt for den aldersdemente With respect for the person with dementia

Hvordan kan sykepleiere med respektfull adferd redusere bruken av tvang i stellesituasjoner
til personer med demens?

How can nurses with respectful behavior reduce the use of force in hygiene situations
to people with dementia?

Svanhild Rosnæss Flagstad og Guro Alvilde Pettersen

Antall ord: 10041

Veileder: Sevald Høye

Bachelor i sykepleie, kull 121

4AVS304

2012

Samtykker til utlån hos biblioteket: JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage: JA NEI

Hva ser du søster?

*Hva ser du søster i din stue?
En gammel, sur og besværlig frue,
usikker på hånden og fjern i blikket,
litt griset og rotet hvor hun har ligget.
Du snakker høyt, men hun hører deg ikke,
hun sikler og hoster, har snue og hikke.
Hun takker deg ikke for alt du gjør,
men klager og syter, og har dårlig humør.*

*Er det hva du tenker? Er det hva du ser?
Lukk øynene opp og SE - er det mer.
Nå skal jeg fortelle deg hvem jeg er,
den gamle piken som ligger her.*

*Jeg er pike på 10 i et lykkelig hjem,
med foreldre og søsken – jeg elsker dem!
Jeg er en ungmøy på 16 med hjerte som banker,
av håp og drøm og romantiske tanker.
Jeg er brud på 20 med blussende kinn,
mitt eget går jeg lykkelig inn.*

*Jeg er mor med små barn, jeg bygger et hjem,
mot alt som er vondt vil jeg verne dem.
Og barna vokser, med gråt og latter,
så blir de store og så er vi atter,
to voksne alene som nyter freden
og trøster hverandre
og deler gleden
når vi blir femti og barnebarna kommer
og bringer uro og latter hver sommer.*

*Hva ser du søster?
En tung og senil og trett gammel skrott?
Nei, prøv en gang til,
se bedre etter
se om du kan finne;
et barn, en brud, en mor – en kvinne!
Se meg som sitter der innerst inne!
Det er MEG du må prøve å se – og finne!*

Ukjent

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	s. 3
1.1 Begrunnelse for valg av oppgave.....	s. 3
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	s. 4
1.3 Pasientcase.....	s. 4
1.4 Presisering av case og problemstilling.....	s. 5
1.5 Avgrensing av oppgaven.....	s. 5
1.6 Oppgavens disposisjon.....	s. 6
2.0 METODE	s. 7
2.1 Litteraturstudium som metode.....	s. 7
2.2 Litteratursøk.....	s. 8
2.3 Kildebruk.....	s. 8
2.4 Presentasjon av valgt forskning.....	s. 9
2.5 Kildekritikk.....	s. 9
3.0 PERSONER MED DEMENS SYKDOM	s. 11
3.1 Hva er aldersdemens?.....	s. 11
3.2 Personen i sentrum.....	s. 12
3.2.1 Personens egen kropp og intimitet.....	s. 13
3.3 Sykehjemmet som hjem.....	s. 14
4.0 TVANG I DEMENSOMSORGEN	s. 15
4.1 Samtykkekompetanse.....	s. 15
4.1.1 Helsehjelp ved manglende samtykkekompetanse.....	s. 15
4.2 Tvang.....	s. 16
4.2.1 Bruken av tvang.....	s. 17
4.3 Pasientens autonomi og svak paternalisme.....	s. 18
5.0 SYKEPLEIERENS RESPEKT FOR PASIENTEN SOM MENNESKE	s. 19
5.1 Respekt.....	s. 19
5.2 Kommunikasjon.....	s. 20
5.2.1 Kommunikasjon med demente personer.....	s. 21
5.3 Relasjonen mellom sykepleier og pasient.....	s. 21
5.3.1 Menneske til menneske forholdet.....	s. 22
6.0 DRØFTING	s. 24
6.1 Det første møtet.....	s. 24
6.2 Etablering av relasjon.....	s. 25
6.3 Stellesituasjon.....	s. 28
7.0 KONKLUSJON	s. 32
8.0 LITTERATURLISTE	s. 33
9.0 VEDLEGG	s. 36

1.0 INNLEDNING

Vi lever lengre og andelen eldre over 80 år forventes å stige betraktelig rundt år 2020. Med alderdom øker også sjansen for å utvikle en demenssykdom. I Norge er det ca. 66 000 personer med demens, og de fleste av de er over 65 år (Mork Rokstad, 2009).

Personer med demens trenger like mye omsorg og respekt som alle andre. De trenger å få ivaretatt sin integritet og man må behandle de som fullverdige mennesker. De har levd et langt og rikt liv, og vi må faktisk ikke glemme at det er de som er grunnen til at vi kan leve et så rikt og godt liv som vi gjør i år 2012. De er forkjemperne og byggerne av samfunnet og tilværelsene. Alle fortjener å ha det godt i sine eldre dager, men dessverre både ser man og hører om eksempler som tilsier noe annet.

Sykepleie omhandler så mye mere enn å pleie de syke, gi medisiner og sørge for lindring. Medmenneskelighet og respekt er for oss en vesentlig brikke som må være på plass for å bli en god sykepleier og for å gi god sykepleie.

Respekt er noe de fleste av oss lærte i barndommen og noe vi alltid skulle vise ovenfor ”voksne mennesker”. Respekt er for oss viktig i et sykepleieryrke som er basert på å jobbe med mennesker. Vi ønsker gjennom denne oppgaven å belyse og lære viktigheten av å jobbe personsentrert. Det er mennesker vi jobber med, ikke en pasient eller et romnummer.

1.1 Begrunnelse for valg av oppgave

Tvang i demensomsorgen er et høyst relevant tema innen sykepleie og vi vil måtte forholde oss til personer med demens, samt tvangstiltak i nesten alle instanser hvor helsehjelp ytes. Vi ser viktigheten av kunnskaper om sykdommen og lovverket, men det vi kanskje trenger aller mest er kunnskaper om det å gi god pleie og behandling uten å fokusere på sykdommen, men rette fokuset mot personen som bærer sykdommen. I praksis har vi selv opplevd sykdomsfokuset og sett hvordan dette kan føre til at mennesket bak blir glemt. Vi ser derfor et behov for å ivareta personfokuset og livskvaliteten til personen som har fått demens sykdom, og ønsker av den grunn å fordype oss i hvordan man kan forebygge tvang gjennom å se personen som helhet.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Med utgangspunkt i casen og vårt interesseområde, har vi valgt følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleiere med respektfull adferd redusere bruken av tvang i stellesituasjoner til personer med demens?

1.3 Pasientcase

Klara Berg er dame på 82 år. Hun fikk diagnosen aldersdemens for tre år siden og har med tilrettelegging klart seg selv frem til for en måned siden. Hun er enke, har ingen barn og nærmeste pårørende er en søster som bor langt unna.

Hun og mannen drev sin egen kolonial i bygda, og Klara var en sosial og aktiv dame.

Tidlig i vinter var det brann hjemme hos Klara. Hun hadde fyrt med ved og glemte å stenge ovnsdøra. Klara kom seg ut og fikk ingen skader under uhellet, men det ble gjort vurderinger om at hun ikke kunne bo alene og hun måtte dermed flyttet til et sykehjem i bygda. Helt enig i dette var hun ikke, men hun innså at hun trengte hjelp, og at huset hadde for store skader til at hun kunne bo hjemme.

Klara har vært på sykehjemmet i to uker nå. Hun sitter mye på rommet sitt, men begynner å få en god tone med de andre beboerne. Det er mange som kjenner Klara i fra den tiden hun og mannen drev butikken.

Hun er fysisk sprek, og kan utføre mange av de daglige gjøremål selv. Men personalet har observert at hun ikke bruker toalettpapir etter toalettbesøk, og heller ikke handkle etter vask. I tillegg er hun inkontinent. Dette medfører lukt og hun gir også uttrykk for å ha sår hud nedentil, faren for sår kan dermed være stor. Personalet ønsker derfor å hjelpe Klara med det personlige stellet, men hun nekter å ha med seg noen inn på badet. Klara er delvis samtykkekompetent og viser liten innsikt i situasjonen. Det er ikke iverksatt noen tiltak for å forbedre denne situasjonen.

1.4 Presisering av case og problemstilling

I denne oppgaven har vi valgt temaet ”bruk av tvang i sykepleien til demente pasienter”. Dette fordi det er et relevant tema, da man møter personer med demens på de fleste arenaer av sykepleie.

Casen vi har laget er oppdiktet og krever derfor ingen form for anonymisering.

Problemstillingen baserer vi på pasientcasen og vi ser for oss at pasienten bor på en somatisk avdeling på et sykehjem. Sykepleieren er ikke spesialutdannet eller ansatt i noen lederstilling. Vi knyttet ikke problemstillingen til noen bestemt demens diagnose, da vi ser viktigheten av sykepleierens væremåte uansett diagnose. Pasienten er delvis samtykkekompetent og vi har sett for oss at ansvaret og bestemmelsen er lagt til hennes fastlege. Vi velger å bruke begrepene ”person med demens” og ”pasient” i oppgaven fordi vi vil belyse at det er en person bak pasient begrepet, men begrepet ”pasient” er mye brukt i lærebøkene. Både sykepleier og Klara vil bli omtalt som ”hun”.

1.5 Avgrensning av oppgaven

Det er mange aspekter rundt demens vi kunne skrevet om, men på grunn av oppgavens størrelse og tidsaspektet for oppgaven har vi måtte begrense oss. Vi er klar over at demenssykdom kan ramme både kvinner og menn, men vi har valgt en kvinnelig skikkelse i casen da dette virket mest naturlig for oppgaven. Fokuset for oppgaven skal være personen bak demenssykdommen og hvordan sykepleier gjennom holdninger, relasjon, respekt og kommunikasjon kan forbygge bruken av tvang i demensomsorgen. Medikamentell behandling brukes også i demensomsorgen, men vi vil ikke nevne dette i oppgaven da det ikke er med på å belyse vårt fokus. Pårørende er en viktig samarbeidspartner for demente personer, men da vi av erfaring vet at mange eldre ikke har pårørende ønsket vi å se på problemstillingen uten å involvere disse. Skolen har gitt et tema som omhandler tvang og derfor har vi valgt å fokusere på forebygging. Vi har gjennom praksis sett mye ”tvang i grenseland”, og ønsket å fordype oss i hvordan tvang kan forebygges. Vi ser at kunnskap og ferdigheter også kan være viktige aspekter i forebygging av tvang, men ut i fra vårt syn er holdninger og respekt viktig uansett om du er nyutdannet eller videreutdannet sykepleier. På grunn av dette valgte vi å ikke skrive om kunnskaper og ferdigheter. På et sykehjem samarbeider sykepleieren med mange ulike yrkesgrupper, men i denne oppgaven fokuserer vi på sykepleieren.

Vi har brukt sykepleieteoretikerne Benner og Wrubel, fordi vi mener deres personfokuserte syn passet i oppgaven. Videre har vi valgt å bruke Travelbee fordi hun gjennom sitt menneske til menneske fokus får frem det vi ønsker å belyse, det menneskelige forholdet. Vi har valgt å ta med hennes syn på en interaksjon samt noe av kommunikasjonsteorien for å underbygge det i vil frem til av holdninger og kommunikasjon.

1.6 Oppgavens disposisjon

Oppgavens teoridel er bygd opp i tre deler, der vi først tar for oss personen som har demens, for så å gå inn på lovverket og tvangen. Vi avslutter med respekt, relasjon og kommunikasjonsarbeid.

Vi har laget en case som tar utgangspunkt fra et sykehjem. Vi ønsker å legge fokuset på personen med sykdommen og ikke sykdommen i seg selv. Derfor tar vi kort for oss demens generelt og symptomene som kan oppstå.

Vi ønsker å vinkle oppgaven mot relasjonen mellom sykepleier og personen med demens, og hvordan dette kan brukes for å opprette et samarbeid og en forståelse som kan redusere forekomsten av tvang.

Vi bruker Joyce Travelbee som sykepleieteoretiker da vi ser viktigheten i hennes betydning av å etablere et menneske-til-menneske-forhold, og hennes teori i forhold til kommunikasjon.

Drøftingen har vi delt opp i tre kapitler: Det første møtet, etablering av relasjon og stellesituasjonen. Vi vil her drøfte teorien fra hoveddelen, det kan også komme noe nye teori for å understreke og forsterke drøftingen.

2.0 METODE

En metode forteller oss hvordan vi kommer frem til den kunnskapen vi trenger for å besvare vår problemstilling (Dallan, 2007). Vilhelm Aubert definerer metode som:

En metode er 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 (sitert i Dallan, 2007, s. 83).

Vi vil i dette kapitlet belyse vårt valg av metode og hvorfor. Videre vil vi vurdere kildene og artikkelsøkene som er brukt i oppgaven og forklare hvorfor de ble valgt.

2.1 Litteraturstudium som metode

Litteraturstudie krever mer enn pensumlitteratur, noe som innebærer at man må være kreativ for å finne annen relevant litteratur. Litteraturstudie tar sikte på den mest relevante teorien opp mot oppgavens problemstilling (Dalland, 2007).

I oppgaven har vi brukt litteraturstudium som metode for å finne svar på problemstillingen. Vi har valgt å bruke pensumlitteratur fra alle tre årene på skolen, samt egenvalgt litteratur. Den egenvalgte litteraturen har vi funnet etter søk i skolens og andre bibliotekers utvalg. I tillegg har vi søkt på internett og derfra funnet litteratur i form av bøker, hefter, fag- og forskningsartikler. Da temaet omhandler demens har det vært mye litteratur å forholde seg til. Vi har derfor måtte plukke ut det vi syntes var mest relevant for problemstillingen vår. Vår fremgangsmåte i søk etter forskning- og fagartikler har vi lagt til som vedlegg nr. 1.

2.2 Litteratursøk

Vi har søkt i databasene EBSCOhost, Cinahl, kunnskapsegget, Svmemed+, sykepleien forskning og google. Vi har valgt databaser ut i fra skolens anbefalinger og egne erfaringer. Søkeord vi har brukt er: *Dementia, restraint, force, attitude, positive approaches, forced treatment, staff, demens, tvang, holdninger, atferd.*

Ved søk i Ebscohost på *restraint + Norway* fikk vi 43 treff. Artikkelen vi valgte var “A study into the use of restraint in nursing homes in Norway” skrevet av Kirkevold. Vi fant den senere på norsk på google, og det er den norske ”bruk av tvang i sykehjem” vi henviser til. Hensikten var å undersøke forekomsten av tvang i norske sykehjem.

Ved søk på *attitude + dementia* fikk vi 400 treff. Vi fant artikkelen “staff attitudes towards institutionalized dementia resident” skrevet av Kada, Nygaard, Mukesh og Geitung. Hensikten var å se på holdningene til helsepersonell som jobbet med personer med demens.

Ved søk på ordet *tvang* i sykepleien forskning fikk vi 70 treff. Vi valgte artikkelen ”Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang” skrevet av Hem, Gjerberg, Pedersen og Førde. Hensikten var å beskrive typiske situasjoner når omsorg og pleie skal gis til personer med demens som motsetter seg tvang.

Søket etter disse artiklene er vedlagt som vedlegg nr. 1.

2.3 Kildebruk

I oppgaven har vi brukt pensumlitteratur fra alle tre årene på skolen og annen egenvalgt faglitteratur, samt 3 forskningsartikler. Av egenvalgt litteratur har vi valgt å bruke Smebye og Mork sin bok ”Personer med demens” da den ga oss mye lærdom i forhold til det å leve med en demens sykdom. Vi har også brukt Travelbee sin bok ”Mellommenneskelige forhold i sykepleie”, fordi det er en sykepleieteoretiker som setter lys ved mye av det vi spør om. I tillegg har vi brukt Kirkevold ”Sykepleieteorier – analyse og evaluering” for å belyse Travelbee sin kommunikasjonsteori. Vi har også brukt Engedal og Haugen sin bok ”Lærebok demens – fakta og utfordringer.” Dette for å få et innblikk i utfordringene i demensomsorgen.

Av forskningsartikler har vi funnet en kvalitativ og to kvantitative artikler som belyser tvang og det å jobbe med demente. Disse blir presentert senere i metodedelen.

2.4 Presentasjon av valgt forskning

For å finne forskning har vi søkt på forskjellige databaser på internett. Det viser seg at det er veldig mye forskning på teamet demens, men lite som belyste vår problemstilling. Det var også vanskelig å finne kvalitativ forskning, men vi endte opp med en artikkel ved navn "Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang" av Hem, Gjerberg, Pedersen og Førde. Av kvantitativ forskning endte vi opp med Kirkevold sin artikkel "Bruk av tvang i sykehjem" og "Staff attitudes towards institutionalised dementia residents" av Sundaran, Nygaard, Mukesh og Geitung. Vi har valgt å sette oss inn i de to første artiklene da disse er mest brukt i oppgaven. Dette er vedlagt som vedlegg nr 2.

2.5 Kildekritikk

Av litteraturen vi har brukt anser vi pensumlitteraturen som sikker, da dette er litteratur anbefalt av høyskolen og som blir brukt i undervisning.

Av egenvalgt litteratur har vi kritisk søkt gjennom litteratur på internett og på biblioteker.

Vi har tatt i bruk litteratur som kan knyttes opp mot vår problemstilling. Det meste av litteraturen vi har brukt er primærlitteratur, men vi har måttet bruke noe sekundærlitteratur da primærlitteraturen har vist seg vanskelig å få tak i. Med primærlitteratur mener vi litteratur av forfatteren selv, sekundærlitteratur er hvor deler av litteraturen er lånt og referert til i en annen bok med annen forfatter. Fordelen med å bruke primærlitteratur er at man får med seg hele forståelsen av forfatteren. Men sekundærlitteratur kan det være at noe av teksten er utelatt, og det kan være forstått på en annen måte enn det forfatteren ville frem til.

Vi har i første omgang ønsket å bruke nyere litteratur, ikke eldre enn 10 år, altså fra 2002 og oppover. Men for å få belyst Travelbee sitt syn og samtidig for å få brukt primærlitteratur har vi brukt boka "mellommenneskelige forhold i sykepleie" fra 1999. Fordelen med nyere litteratur er at den er oppdatert i forhold til utviklingen i faget.

Av forskning er alt vi har brukt fra Norge. Artiklene er skrevet av kvalifisert helsepersonell. Vi anser forskningen vi har funnet som relevant fordi de er av nyere dato og går ut i fra sykehjem i Norge. De belyser også vår problemstilling, og har brukt en mengde sykehjem som gjør at forfatterne selv konkluderer med at forskningen er overførbar til resten av Norges sykehjem.

3.0 PERSONER MED DEMENS SYKDOM

3.1 Hva er aldersdemens?

Demens sykdom har gjennom tidene hatt mange navn. I norrøn tid ble de demente personene kalt gammeltullet eller gammelmannsvås. Fortsatt florerer det begreper som rørete og senil og for mange er demens et skrekkbilde på hvor deprimerende og negativt det kan være å bli gammel. Mangel på kunnskap samt en frykt for å miste egenkontroll er vesentlige faktorer som medfører at folk omtaler sykdommen på en nedlatende måte (Engedal & Haugen, 2009). Mennesker som blir rammet av demens er fortsatt mennesker og de trenger å bli akseptert og sett som den de fortsatt er (Berentsen, 2008).

Demens betegner tilstander forårsaket av ulike organiske sykdommer i hjernen. Felles er en irreversibel og kronisk kognitiv svikt som fører til nedsatt evne til å utføre dagligdagse aktiviteter på lik måte som tidligere, samt endret sosial atferd.

Aldersdemens er en betegnelse som er mye brukt i Norge. Denne betegnelsen inkluderer alle demenssykdommer, uansett årsak og type, men som oppstår i høy alder. Den er irreversibel og progressiv (Engedal & Haugen, 2009).

Engedal og Haugen (2009) definerer aldersdemens som:

En ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret adferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid (s. 20).

Utviklingen av demens kan ha stor variasjon i sykdomsforløpet. Hos noen kan det utvikles raskt, men hos andre kan prosessen ta mange år. Utviklingen deles inn i mild, moderat og alvorlig grad og symptomene deles inn i kognitive, psykiske, atferdsmessige og motoriske symptomer.

Kognitive symptomer viser seg ved at man får redusert hukommelse og oppmerksomhet, som også bidrar til læringsvansker. Videre ser man at personene kan få vansker med språk, orientering og handling (Engedal & Haugen 2009).

Psykiske og atferdsmessige symptomer er viktig å observere fordi det kan si oss noe om hvordan personen har det. Depresjon og angst opptrer hyppig ved demens og mange velger å trekke seg tilbake da de ikke mestrer sin egen situasjon. Manglende evne til å skille mellom fantasi og virkelighet kan vi se gjennom at personen får vrangforestillinger og hallusinasjoner. Dette kan ha flere årsaker, men ofte er personen utrygg (Ibid).

Personlighetsforandringer er heller ikke uvanlig. Personene kan bli apatiske, rastløse, irritable og aggressive. Grunnen til dette kan være manglende forståelse for egen sykdom og svikt i samhandling mellom personen som er rammet og miljøet rundt.

Repeterende handlinger, roping og forandret døgnrytme er også karakteristiske symptomer (Ibid).

3.2 Personen i sentrum

Cheston og Bender (referert i Engedal og Haugen, 2009) omtaler en personfokusert tilnærming der fokuset er satt på selve personen og ikke på sykdommen. Personen som har fått diagnosen demens er fortsatt et selvstendig individ og et fullverdig menneske. De ser at den viktigste jobben for helsepersonell ikke er å gjette seg til hvilke deler av hjernen som er skadet, men å forstå den subjektive verden til personen som er rammet av demens. Vi må derfor ta utgangspunkt i personens følelser, verdier, relasjoner og reaksjoner. Helsepersonell har en tendens til å fokusere på det fremmede individet i stedet for mennesket som har levd et langt og innholdsrikt liv.

Det er svært viktig at man tar seg tid til å lytte og til å fange opp reaksjoner, behov og ønsker fra personen. Selv med endrede og begrensede forutsetninger forsøker personer med demens å tilpasse seg situasjonen på best mulig måte (Engedal & Haugen, 2009).

Berentsen (2008) mener at sykepleiere i en travel hverdag må ha en oppriktig interesse for hvordan pasienten faktisk har det. Men selv med innsikt, tålmodighet og gode empatiske evner vil man aldri helt kunne forstå hvordan det oppleves å ha sykdommen demens.

3.2.1 Personens egen kropp og intimitet

Med personen i sentrum er det viktig at sykepleieren også ser målet om å hjelpe pasienten med deres reaksjon på sykdommen og livssituasjonen. Intimitet kan være et svært privat tema for mange, men de grunnleggende behovene skal dekkes. Som sykepleier blir man ofte involvert i stell der intimhygiene må utføres og pasienten kan føle seg blottlagt. Nakenhet kan føles unaturlig når andre er påkledd og det kan assosieres med seksuell intimitet. Pasientens grenser for nærhet og berøring blir utfordret når man behøver hjelp til å ivareta kroppens behov (Bjørk & Breievne, 2005).

Med kjennskap til pasientens bakgrunn og karakter vil man lettere kunne se selve personen og behovet hun har for å opprettholde selvfølelsen. Et av sykepleierens mål i omsorgen for personer med demens kan være å tilpasse situasjonene slik at pasienten opplever mestring, også der de trenger hjelp og assistanse med personlig hygiene.

Studien ”pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang” av Marit Helene Hem, Elisabeth Gjerberg, Reidar Pedersen og Reidun Førde (2010) viser at problemer relatert til stellesituasjoner ikke er uvanlig.

Personalet kan oppleve at et stell er helt nødvendig, men pasienten ser ikke dette selv. Dette kan gi uheldige situasjoner som gir personalet en følelse av at tvangen sniker seg inn, men de opplever også at pasientene kan være veldig fornøyde og glade etterpå.

Måten stellet blir utført på fremheves, spesielt rundt dusj og vask. Pasientene må kle av seg og sitte der nakne, mens pleieren har på seg hansker, plastforkle og gummistøvler. Hver og en kan forstå at dette kan oppleves som ubehagelig for pasienten. Intimitet blir fremhevet i studien i den sammenheng at personalet har tilgang til pasientens intime områder. Pasienten kan yte motstand fordi de føler seg truet, blir utrygge eller engstelige. Som forfatterne skriver kan motstanden også være knyttet til måten personalet handler på. En pleier i studien refererte til en pasient som beskrev dusjing som at hun hadde blitt spylt. Opplevelsen og minnene denne pasienten sitter igjen med frister henne kanskje ikke til å ta en ny dusj? Forfatterne poengterer viktigheten med å vise pasientene respekt og at det kanskje ikke er så rart at motstanden øker hvis de ikke føler seg respektert. Relasjonsbygging ser de på som viktig i samarbeidet med den demente, og at pasienten selv skal være delaktig og ha kontroll.

3.3 Sykehjemmet som hjem

Et sykehjem er en institusjon som tilbyr heldøgns helsetjenester (sitert i Hauge, 2008. s. 219). Sykehjemmets mål skal være å tilby kvalitativt god, og individuelt tilpasset pleie og omsorg med riktig medisinsk behandling. Det skal være et godt sted å bo for mennesker som har sykehjemmet som hjem (Ibid, s. 219).

Det å måtte flytte fra sitt eget hjem kan være en stor påkjenning. Man flytter fra sine kjente og trygge omgivelser, til et ukjent sted og man må tilpasse seg nye rutiner, døgnrytme, kosthold og det å ha nye mennesker rundt seg hele tiden (Ibid). En viktig oppgave som sykepleier er å ivareta personen sitt privatliv og respektere dette gjennom våre handlinger og væremåte. Mange kan tenke at ”hun bor hos oss”, men fra vårt syn er det ”vi som arbeider hos henne”.

Når institusjonen har blitt det nye hjemmet er det svært viktig at det skapes et miljø som hun trives i og at den individuelle personlighet blir ivaretatt.

Å jobbe på et sykehjem krever at sykepleieren har høy faglig kompetanse, og at dette blir videreført til andre helsearbeidere på institusjonen. Organiseringen, fagligheten og kompetansen skal i følge Hauge (2008) gagne den enkelte beboer.

4.0 TVANG I DEMENSOMSORGEN

4.1 Samtykkekompetanse

”Samtykkekompetanse innebærer at en person er myndig og psykisk og fysisk i stand til å ivareta sine egne interesser” (Slettebø, 2008, s. 173).

Som myndig, og etter fylte 16 år har man rett til å samtykke til helsehjelp med mindre særlige lovbestemmelser sier annet. Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) § 4-3 andre ledd sier: ”Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter”

Helsepersonell skal alltid legge forholdene til rette slik at pasienten i størst mulig grad selv kan samtykke til helsehjelp.

Det at en pasient på grunn av sin sykdom har redusert evne til selvbestemmelse er et problem man ofte møter i helsetjenesten, og særlig i demensomsorgen. Personer med demens som er fratatt samtykkekompetansen har likevel krav på informasjon, og den skal tilpasses ut i fra den enkeltes evne til å ta til seg informasjonen (Slettebø, 2008).

4.1.1 Helsehjelp ved manglende samtykkekompetanse

I 2009 kom det en utbedring av pasient og brukerrettighetsloven med kapittel 4A: *Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv.* Formålet med dette lovverket er å kunne ”...yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt å forebygge og begrense bruk av tvang”. I tillegg skal helsehjelpen tilrettelegges med respekt for personens fysiske og psykiske integritet, samt så langt som mulig være i samsvar med pasientens selvbestemmelsesrett.

I § 4A-3 beskrives det at tillitsskapende tiltak skal ha vært vurdert og forsøkt før man kan sette inn tiltak under § 4A. Hvis pasienten fortsetter opprettholdelse av sin motstand, eller man med sikkerhet vet at det kommer til og skje kan det treffes vedtak under §4 A dersom:

- a) en unnløstelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, og
- b) helsehjelpen anses nødvendig, og

c) tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen.

Av disse reglene må man gjennom en helhetsvurdering se at dette fremtrer som den beste mulige løsningen for pasienten. Det skal legges vekt på grad av motstand, og om pasienten vil kunne gjenvinne sin samtykkekompetanse i nærmeste fremtid.

Gjennom §4A-4 sies det at denne typen helsehjelp skal vurderes fortløpende, og opphøre så fort lovens vilkår ikke er tilstede lenger. Det skal spesielt vurderes i forhold til om helsehjelpen ikke har ønsket virkning, eller har uforutsette negative virkninger. Tvang skal altså være siste utvei.

4.2 Tvang

Det ligger en del usikkerhet rundt begrepet tvang, men det kan defineres som ”fravær av samtykke” (Johnsen & Smebye, 2009. s. 210).

Fjørtoft (2009) definerer tvang som: ”Tiltak som personen motsetter seg eller ikke har gitt samtykke til”. Hun mener at tvang er en nødløsning, som bare bør brukes da alle andre alternativer er forsøkt, og at vi kan komme langt med en dialog og et godt samarbeid med pasient og pårørende.

Erfaringer vi har gjort oss er at det én pasient opplever som krenkende, kan en annen oppleve som betryggende. Av denne grunn ser vi viktigheten av å lære pasienten å kjenne, og ha respekt for det hun tenker og mener.

Tvang er ikke alltid ulovlig, da man kan ha gyldig samtykke som grunnlag til det aktuelle tiltaket. Men man må også vurdere om tvangstiltaket er forsvarlig både faglig og etisk. Det er pasientrettighetslovens § 4A som angir regler som åpner for begrenset bruk av tvang (Johnsen & Smebye, 2009).

4.2.1 Bruken av tvang

Johnsen og Smebye (2009) viser til flere rapporter og undersøkelser som påpeker at det brukes mye ulovhjemlet tvang i omsorgen for personer med demens. Tvang medfører vanskelige dilemmaer og situasjoner for personalet, og ikke minst for pasienten selv.

Ø. Kirkevold (2005) har gjennom forskningen ”tvang i sykehjem” kartlagt forekomsten av tvang i norske sykehjem. I denne sammenheng har tvang fått et vidt begrep og han definerer det som:

Bruk av redskap som hindrer pasienters bevegelsesfrihet eller tilgang til egen kropp, fysisk holdning ved undersøkelse eller behandling, og i forbindelse med omsorgstiltak, overvåkning med elektroniske hjelpemidler, og tilsetning av medisiner i mat og drikke uten beboerens vitende og vilje (Johnsen & Smebye, 2009. s. 208-209).

Han konkluderer med at bruk av tvang anvendes hyppigere enn det som faglig kan forsvares. I tillegg er det vanskelig å finne dokumentasjon på hendelsene, og i mange situasjoner er det vanskelig og kartlegge hvem som står ansvarlig for tvangstiltaket.

I kartleggingen kom det frem at motivene for bruk av tvang i størst grad var for å beskytte beboer og andre, og for å utøve nødvendige omsorgstiltak (Kirkevold, 2005).

Kristoffersen og Nortvedt poengterer at ”det er hårfine grenser mellom hva som er maktmisbruk kamouflert av gode intensjoner, og hva som er relevant innsats for å forsøke å motivere pasienten for noe hun i utgangspunktet ikke ønsker, men som sykepleieren mener hun er tjent med” (Kristoffersen & Nortvedt, 2005. s. 172). Et eksempel kan være morgenrutiner, hvor man ønsker at pasienten skal stå opp og spise frokost, mens pasienten er sliten og ønsker å ligge litt utover formiddagen. Sykepleier kan på en hensynsfull og varsom måte få pasienten opp selv om pasienten ønsket å ligge, dette mener Kristoffersen og Nortvedt er tvang kamouflert av gode hensikter.

Johnsen og Smebye (2009) sier at dersom man kan yte hjelp som er basert på pasientens premisser og unngå å utføre handlinger som pasienten selv ikke ønsker, vil man i større grad kunne forebygge bruken av tvang. De fremhever at holdninger og et høyt faglig nivå vil være gunstig for å redusere tvangstiltak ovenfor demente personer.

4.3 Pasientens autonomi og svak paternalisme

Autonomi kan forklares som selvstyring. Pasienter har rett til å bestemme over eget liv og vi som helsepersonell har plikt til å følge pasientenes eget ønske selv om vi er uenig i avgjørelsen. Vi må til en hver tid være sikker på at riktig og nok informasjon er gitt og forstått. Autonomi forutsetter fornuft, forståelse og rasjonalitet, noe som kan være redusert på grunn av fysisk eller mental tilstand (Hummelvoll, 2004).

Vi som helsepersonell må være oppmerksomme på forholdet mellom autonomi, sårbarhet og integritet, og i noen situasjoner vet helsepersonell bedre enn pasienten hva som er til hennes beste. Men målet til helsepersonellet må hele tiden være å unngå å krenke pasientens integritet. ”Ordet integritet kommer fra det latinske *integritas*, som betyr å være hel og uskadd” (Kirkevold, 2008. s. 92). Med dette forstår vi at ivaretagelse av pasientens helhet er viktig.

Som sykepleier må man derfor respektere pasienten integritet samtidig som man må handle i den hensikt som er best for pasienten, fellesskapet og seg selv.

I følge Martinsen (1990), er sykepleierens oppgave å gå inn i relasjoner for å hjelpe den enkelte pasient og hindre at hun skader seg, hun kaller dette en svak paternalisme. Dette vil si at pasienten er med i beslutningsprosessen om egen pleie, men at det er sykepleierens faglige skjønn som avgjør hva som er det beste for pasienten. Dette forutsetter at sykepleieren har satt seg inn i pasientens situasjon på forhånd og at pasienten blir møtt på best mulig måte ut i fra hvordan hun selv ville ha handlet i situasjonen. Det er i slike situasjoner viktig å bli kjent med pasienten for å kunne oppnå gjensidig tillit (Martinsen, 1990).

5.0 SYKEPLEIERENS RESPEKT FOR PASIENTEN SOM MENNESKE

5.1 Respekt

”Ordet respekt kommer fra latin (respectus) og betyr å `se tilbake` ”(Fjørtoft, 2006. s. 31). Ordet brukes gjerne i en mer overført betydning som det å ta hensyn til, vise ærbødighet, ha aktelse for. Respekt blir i denne sammenheng å se personen og anerkjenne mennesket og det som betyr noe for henne. Fjørtoft (2006) henviser til Mosbys hovedoppgave om respekt, der hun trekker frem tre karakteristiske kjennetegn ved begrepet respekt.

De er:

Ærbødighet, ærefrykt og aktelse. Ærbødighet vil si å være til stede, lytte, gi tid, gi pasienten medbestemmelse og vie tålmodighet. Ærefrykt er å vise at andre er betydningsfulle, vise varsomhet og ta hensyn. Aktelse er å vise oppmerksomhet, verdsette og gjøre mennesker synlige (s. 31-32).

Sykepleie handler om å vise respekt for både små og store hendelser. Dette kan være alt fra å hilse på pasienten da man møtes, å overholde taushetsplikten, og ivareta pasientens rett til privatliv og medbestemmelse (Fjørtoft, 2006). Sykepleierens holdning er viktig. En profesjonell opptreden vil være å styre oppførselen sin, å ha herredømme over seg selv. Dette kan vise seg i at man for eksempel må ta seg sammen og være litt ekstra tålmodig selv om man er sliten og trett. Man må tilpasse væremåten til situasjonen. Det er sykepleieren som skal ta vare på pasienten når hun ikke lengre klarer det selv, og da avhenger mye av sykepleierens gode holdninger (Kristoffersen & Nortvedt, 2005).

Smebye (2009) skriver om en jeg-du tilnærming, den baseres på et gi og ta forhold der det er dialog mellom to personer. Den kan forklares som at sykepleieren vet hvordan hun kan stimulere pasientens bruk av gjenværende ressurser, kompensere for sviktende evner og personen med demens kan gi tilbake sine ønsker og preferanser. Videre skriver Smebye at det sykepleieren i prinsippet prøver å formidle til pasienten er at hun eksiterer for henne, at hun er et verdifullt menneske, at hun er viktig og at sykepleier forstår verden slik pasienten gjør. En pasient vil alltid være den svake part og det er derfor sykepleierens ansvar at man med respekt handler til pasientens beste. For å få til dette må vi ha kjennskap til pasienten og ha en god samhandling og relasjon, slik at identiteten og selvfølelsen blir bevart.

5.2 Kommunikasjon

Kommunikasjon er i følge Wogn-Henriksen (2009) det som bygger, utvikler og opprettholder relasjoner.

I sin enkleste form kan kommunikasjon defineres som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Begrepet ”kommunikasjon” kommer fra det latinske ordet *communicare*, som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med (Eide & Eide, 2007. s. 17).

Kommunikasjon er en samhandling mellom to eller flere personer. Man sender og mottar budskap, og alle parter presenterer seg selv og sitt budskap, og tolker den andres (Håkonsen, 2003).

Som sykepleiere må vi kommunisere med mennesker i forskjellige kategorier, og kommunikasjon er sentralt når det gjelder kvalitet på helsearbeidet som utføres.

Kommunikasjon kan være vanskelig og utfordrende og det dreier seg ikke bare om ren tale, men også om signaler som blir formidlet, nonverbal kommunikasjon. Dette viser hva vi mener, føler og tenker, og for å etablere god kommunikasjon og gode relasjoner er det svært viktig å reflektere over hvilke signaler vi sender. Signaler tolkes forskjellig, men de vil spille en viktig rolle for å danne grunnlaget for tillitt og mistillit, nærhet og avstand, samarbeid og konflikt (Eide & Eide, 2007).

Nonverbal kommunikasjon forteller noe om begge parter i en dialog og relasjonene dem i mellom, og det sier mye om reaksjoner og følelser. Gjennom denne formen for kommunikasjon vil vi kunne hente mye og viktig informasjon, men de nonverbale signalene kan ofte være vanskelige å tolke, og ofte tror vi at vi vet hva den andre mener og danner oss egne tolkninger (Ibid).

Ved profesjonell kommunikasjon må vi sette pasienten i fokus og lytte til det som blir sagt, dette er svært viktig innen arbeid med demente personer, da mye av arbeidet er basert på samvær med pasienten.

Samtaler kan være spontane eller planlagte, utarte seg forskjellig og ha ulikt formål. I arbeid med demente personer er det de spontane samtalene vi omtaler, og det er disse samtalene som viser mye om oss selv. Vi snakker om det som faller oss inn, lærer hverandre å kjenne og bånd blir knyttet (Hummelvoll, 2004).

5.2.1 Kommunikasjon med demente personer

Hos personer med demens er behovet for kommunikasjon akkurat som for alle oss andre. Personer med demens ble selv spurt om hva de så på som viktig, og da ble samspill og kommunikasjon nevnt som viktige brikker. Dette handlet om det å være sammen med noen, tilhøre noen, føle seg respektert og stimulert (Wogn-Henriksen, 2009. s. 92).

Med sykdommen demens svekkes kognisjonen, noe som innebærer at det er svikt i persepsjonen, oppmerksomheten, forståelsen, hukommelsen og kommunikasjonen. Arbeid med demente vil gi oss et relasjonelt ansvar og det er særdeles viktig å tone seg inn på personen og ta utgangspunkt i hennes oppmerksomhetsfokus og bruke bekreftende kommunikasjonsferdigheter. Bekreftende kommunikasjon og anerkjennelse kalles i denne form for validering, og anses å være svært viktig i arbeid med demente.

I kommunikasjon med demente kan man bruke ulike metoder som reminisens, validering og realitetsorientering. Men det viser seg at personellets interesse, kunnskap, empati, omsorg og respekt er det som er avgjørende for å få en god kommunikasjon og kontakt med personen (Eide & Eide, 2007).

I samvær med demente må personalet ha interesse for å kjenne pasientens bakgrunn, interesse og væremåte. Når vi vet noe om disse temaene er det mye lettere å etablere kontakt og innlede en samtale som kan hjelpe oss med å finne ut av hva pasienten forsøker å formidle (Berentsen, 2008).

5.3 Relasjonen mellom sykepleier og pasient

”Relasjon kommer av det latinske *relatio*, som egentlig betegner det at en gjenstand står i forbindelse med en annen” (Eide & Eide, 2007. s. 17).

Begrepet relasjoner brukes om forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker (Ibid).

Marit Kirkevold (2008) henviser til nyere studier som viser at det pasienter vektlegger i møte med sykepleiere er å bli anerkjent som en særegen person med individuelle ønsker, behov og mål. Pasientdeltakelse eller autonomi er en forutsetning for å lykkes. For å ta utgangspunkt i dette, forutsettes det at man har en relasjon mellom sykepleier og pasient. Sykepleieren må verdsette forståelsen og kunnskapen til pasienten, og samhandlingen mellom dem baseres på

likeverdighet, samarbeid og gjensidig avhengighet. Relasjonene kan ha noe ulik karakter, ut i fra den enkeltes pasients forutsetninger, ønsker og behov. Men god interaksjon er alltid basert på gjensidig respekt og god kommunikasjon. En åpen kommunikasjon er en forutsetning for å lykkes (Ibid).

Kristoffersen og Nortvedt (2005) sier at sykepleierens væremåte og holdninger vil ha betydning for etableringen av en relasjon. Måten vi opptrer og reagerer på i en situasjon sier noe om hvordan vi er som personer. Egenskaper som omsorg og empati vil være av stor betydning for å yte god sykepleie.

5.3.1 Menneske til menneske forholdet

Joyce Travelbee (1999) snakker om sykepleier-pasient-interaksjonen som er basert på to individer med gjensidig innflytelse og kommunikasjon der begge har en stereotyp oppfatning av den andre. Hun mener at sykepleieren oppfatter den syke som en kategori og ikke pasienten som et unikt menneskelig individ. I den interaktive prosessen oppfylles ikke alle, men bare noen av behovene, og de oppfylles ikke konsekvent og betingelsesløst. Hun fremhever at begrepene sykepleier og pasient tar bort individet bak betegnelsen.

Hun legger stor vekt på sykepleiefagets mellommenneskelige dimensjon. Hun mener at man først forstår hva sykepleie er når man vet hva som foregår mellom pasient og sykepleier, hvordan en interaksjon oppleves og hvilke konsekvenser den kan ha for pasienten.

Travelbee legger større vekt på et menneske til menneske forhold og sier at det primært er en erfaring som finner sted mellom sykepleier og pasient. Det er viktig at forholdet er gjensidig og meningsfullt slik at de begge får oppfylt sine behov. Sykepleieren skal også ses på som et menneske. Det vil være vanskelig for sykepleieren å tilfredsstille pasientens behov, hvis alle hennes egne blir satt til side. Karakteristikken i et menneske til menneske forhold er måten man oppfatter, tenker, føler og handler på. Pasienten skal oppfattes og behandles som et unikt menneskelig individ og ikke bare som en sykdom, en pasient en jobb eller romnummer. Dette er en gjensidig prosess som bygges opp av sykepleieren og pasienten i fellesskap. Den består av fem faser: Det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati, sympati og medfølelse, og gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 1999).

Kommunikasjon er i følge Travelbee det viktigste redskapet en sykepleier har for å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Kommunikasjon er en forutsetning for at sykepleieren skal nå sitt mål og sine hensikter, å hjelpe en pasient til å mestre, bære og finne en mening med sykdom og lidelse. Kommunikasjon gjør at vi kan bli kjent med pasienten og finne verdier, behov og ønsker som hun måtte ha. Kommunikasjonen kan være verbal og nonverbal og den vil alltid være tilstede når to mennesker møtes (Kirkevold, 2006).

Travelbee sier at for å utføre profesjonell sykepleie med god kommunikasjon, formidling av håp og fremme forandring hos pasientene må man ha evnen til å kunne bruke seg selv terapeutisk. I det legger hun at vi bruker egen personlighet, fornuft og intellekt (Kristoffersen, 2005).

Travelbee sier at kommunikasjon er en dynamisk kraft som kan ha stor innvirkning på graden av mellommenneskelig nærhet og at den kan brukes til å trekke mennesker nærmere, støte de bort, til å gi hjelp eller til å såre. Hun fremhever at dersom man som sykepleier ikke interesserer seg for syke mennesker vil dette vise seg gjennom kommunikasjonen og pasienten vil reagere på tilsvarende måte (Kirkevold, 2006).

6.0 DRØFTING

I denne delen vil vi drøfte problemstillingen: *Hvordan kan sykepleiere med respektfull adferd redusere bruken av tvang i stellesituasjoner til personer med demens?*

Vi har valgt å dele opp drøftingen i tre kapitler; det første møtet, etablering av relasjon og stellesituasjonen. Dette for å få en mer ryddig og oversiktlig drøfting. Vi ser ut i fra litteraturen og egne erfaringer at tvang kan være nødvendig i mange situasjoner. Poenget vårt er derfor ikke å bli kvitt all form for tvang, men å finne måter man kan redusere den unødvendige bruken av tvang på.

6.1 Det første møtet

I casen kan vi lese at Klara ikke ønsker hjelp med hygienen og at hun er tilbaketrukket når personalet oppsøker henne. Hun er mer utadventt til de andre beboerne, men er allikevel mye alene.

Vi spør oss om personalet har hatt fokus på å etablere en relasjon og hvordan hennes første møte med sykehjemmet egentlig var?

Travelbee sin teori om et menneske-til-menneske-forhold er basert på faser, der den første omhandler det innledende møtet.

Hun mener at førsteinntrykket vi danner oss i en situasjon er av stor betydning og at vi observerer, danner oss antagelser og meninger uansett om vi er sykepleier eller pasient. Dette kan også forklares som en stereotyp oppfatning av hverandre, der man sammenligner tidligere opplevelser av sykepleiere og pasienter (Travelbee, 1999).

Klara må bli respektert fra første stund og hun må få følelsen av at hun er unik. Vi må formidle godhet og varme, og vi må vise forståelse for hennes situasjon. Gir dette Klara en god opplevelse kan det bidra til gode forutsetninger for å bygge opp en relasjon oss i mellom. Svikter den første fasen kan relasjonen bli vanskeligere å etablere, og det kan ta tid å rette opp små misforståelser som kan oppstå som følge av et negativt førsteinntrykk.

Kunnskaper om demens sykdom er viktig med tanke på det første møtet. Vi vet at hun kan ha problemer med å ta til seg informasjon, og det er derfor viktig at vi legger opp til at det første møtet blir så skånsomt og behagelig som mulig. Inntrykkene kan bli mange og hun kan få problemer med å oppfatte vårt budskap. Dette kan skape utrygghet på grunn av at hun kan

miste oversikten og inntrykkene kan fort oppleves som negative. Dette kan i verste fall vedvare for Klara sin del og relasjonsarbeidet kan bli utfordrende.

6.2 Etablering av relasjon

En relasjon er å ha et forhold, en kontakt eller en forbindelse med et annet menneske. I sykepleiefokus vil det si å samhandle med pasienten gjennom likeverd og samarbeid (Kirkevold, 2008). Sykepleierens holdninger og væremåte er av betydning for å etablere en relasjon, da måten man opptrer og reagerer på i situasjoner sier noe om sykepleieren som person.

En holdning sier noe om sykepleierens innstilling og syn. I demensomsorgen har vi erfart at tålmodighet er viktig, da denne pasientgruppen kan trenge lengre tid til å oppfatte og reagere på situasjoner. Gjennom holdninger kan sykepleier styre sin oppførsel og reaksjon til ulike situasjoner og gjennom dette vise trygghet og respekt. I situasjonen med Klara kan vi vise henne at hun er ønsket og at vi er glade for å ha henne der gjennom en god holdning. Ved å for eksempel være oppmerksom, ha øyekontakt og fokuserer på Klara i en samtale kan hun få et ønske av å etablere en relasjon med sykepleier. Hvis man derimot ikke styrer sin oppførsel og reaksjon kan holdningene virke i negativ retning. Hvis man står over Klara og prater til henne, i stede for med henne og ikke viser oppmerksomhet til det hun forteller, kan Klara føle seg oversett. Dette kan føre til at hun kanskje ikke ønsker å fortsette samtalen og et videre samarbeid med denne sykepleieren. Forskning viser at økt kunnskap gir bedre holdninger ved demens. I en forskningsartikkel fra Bergen viser det seg at de sykepleiere som er videreutdannet i geriatri eller demens har bedre holdninger i forhold til personorientert omsorg og pasientenes mestringsmuligheter enn annet helsepersonell. Sykepleiere generelt har bedre holdninger til demens enn hjelpepleiere og ufaglærte. De konkluderer med at mer teoretisk undervisning om demens er viktig i demensomsorgen.

Cheston og Bender (2009) snakker om en personfokusert tilnærming som skal legge vekt på personen og ikke på sykdommen. Selv om Klara har sykdommen demens er hun allikevel et fullverdig og selvstendig individ. Sykepleierens verdsettelse av henne som person kan medføre samhandling basert på likeverdighet og gjensidighet, noe som vil være av betydning for relasjonens del. Samarbeidet må baseres på pasientens forutsetninger, ønsker og behov.

For å finne ut av dette er det i følge Engedal og Haugen (2009) viktig at sykepleieren tar seg tid og lytter til personen egne ønsker og behov.

For Klara kan kanskje den siste tiden vært tung og vanskelig, og hun kan føle at andre har tatt styringen over hennes liv. Sett fra hennes situasjon kommer hun fra et stort og hjemmekoselig hjem, til nå en institusjon der arealene er vesentlig mindre og ukjente. Hun får et rom, en seng og kanskje det står en stol og en tv der. Mange vil tenke at man kan bli deprimert av mindre. Og ja, kanskje hun er det. Hun har opplevd mye på kort tid og desto viktigere er det at vi bruker den første tiden til å lære henne å kjenne som person. Dette for at vi kan få et innblikk i hvordan det er å være nettopp Klara og hvordan vi eventuelt kan hjelpe henne. Hun har levd et langt og rik liv og har sine rutiner og måter å håndtere ting på.

Ser man ikke viktigheten med en personfokusering kan dette skape splid i relasjonen mellom Klara og sykepleieren. Hun kan oppleve seg oversett og kategorisk plassert.

Travelbee (1999) ville kanskje kalt dette en sykepleier-pasient interaksjon, som hun mener er basert på at sykepleieren ikke oppfatter pasienten som et unik og menneskelig individ. I stedet påstår hun at sykepleieren ser på pasienten som en stereotyp kategori. Hun mener også at pasientens behov ikke blir dekket i tilstrekkelig grad. Dannes det en slik interaksjon som Travelbee (1999) beskriver, kan dette hindre at en god relasjon etableres. Klara kan føle at sykepleieren gjør sin jobb ut i fra hennes gitte arbeidsoppgaver og ikke ut i fra de menneskelige behovene. Man kan på en måte si at sykepleieren glemmer mennesket bak sykdommen. For Klara kan dette oppleves som nedverdiggende på egen person. I casen kommer det frem at hun trekker seg tilbake når personalet kommer og det kan jo være nettopp fordi hun ikke syntes at de ser henne slik hun er. Hun kan oppleve at hun er til bry, eller at hun blir oversett. Travelbee (1999) påpeker at dersom en sykepleier ikke interesserer seg for pasienten vil dette lett vise seg gjennom kommunikasjonen, og pasienten vil reagere på samme måte. Måten man kommuniserer på vil påvirke relasjonen, enten i positiv eller negativ grad.

Ser vi på Travelbee (1999) sin teori kan kommunikasjonen være med på å trekke mennesker nærmere hverandre eller støtte de fra oss. Kommunikasjon er noe Travelbee (1999) fremhever hvis vi skal bli kjent med pasienten og for at vi skal finne fram til hennes verdier, ønsker og behov.

Wogn-Henriksen (2009) mener kommunikasjon er det som bygger, utvikler og opprettholder relasjoner. Kommunikasjons behovet forsvinner ikke selv om man får sykdommen demens,

og Wogn-Henriksen påpeker at personer med demens fortsatt har et behov for å tilhøre noen, bli respektert og stimulert.

Gamle mennesker og demente kan være sårbare og det er kanskje viktig at de blir møtt på deres egne premisser og at vi tar hensyn til deres livskvalitet og verdighet. Signalene som sendes via non verbal kommunikasjon kan vise hva man føler, tenker og mener. En non-verbal kommunikasjon kan være med på å etablere gode relasjoner og når vi vet at signalene vi sender kan tolkes svært forskjellig, er det viktig at sykepleieren reflekterer over de signalene hun sender. Signalene som gis er med på å skape tillit og nærhet, eller motsatt mistillit og avstand (Eide & Eide 2007).

Vi kan opptre hyggelig og kommunisere vennlig til Klara, men kroppsspråket vi viser kan tilsi noe annet. Klara kan oppleve signalene som om vi ikke har tid eller at vi ikke ønsker å være der. Dette er noe hun kan ta personlig, som igjen kan være medvirkende til at relasjonsarbeidet blir utfordrende.

I følge Eide og Eide (2007) kan kommunikasjonsproblemer oppstå i demensomsorgen. Det kan oppleves vanskelig både for pasienten og sykepleieren.

Eide og Eide (2007) påpeker viktigheten i valg av ord, og de mener at kroppsspråket er vesentlig da demente personer ofte forstår kroppsspråk bedre enn ord. Med at vi ordlegger oss på en måte som er tydelig, konkret og kortfattet kan vi unngå misforståelser.

Klara kan oppleve det som tillit at vi faktisk tar oss tid til kommunikasjonen og at vi gjør det så forståelig som mulig. Eide og Eide (2007) sier noe om at man skal tone seg inn på den demente personen og ta utgangspunktet i hennes oppmerksomhetsfokus på grunn av den sviktende kognisjonen. For Klara kan dette bety at hun gradvis får dannet og sortert de inntrykkene hun tar til seg. Alt kan ikke komme på en dag, men det må skje gradvis og når hun er klar for det. Føler hun ikke at det skjer på hennes premisser kan relasjonen og tilliten til sykepleier svekkes. Dette kan gjøre samarbeidet og kommunikasjonene vanskeligere, da hun kan føle seg overkjørt av sykepleieren og at hennes rutiner og behov blir satt til side.

Klara har fortsatt et rikt og godt språk, noe som gir oss gode muligheter til å etablere en god kommunikasjon med henne. Dette krever kunnskaper fra vår side og vi må være på lag med pasienten. Men har vi ikke klart å etablere en relasjon, kan kommunikasjonen bli vanskelig. Berentsen (2008) sier at man lettere kan etablere god kommunikasjon med personen dersom man har kjennskaper til bakgrunnen, interessene og væremåten til pasienten. De mener at det blir lettere å føre en samtale når vi vet noe om disse temaene. Men forutsetningen er at sykepleieren er oppriktig interessert.

Har man ikke denne interessen vil man kanskje aldri forstå hva pasienten prøver å formidle, eller hvorfor hun handler slik hun gjør. For Klara sin del har hun kommunikasjonsevnene intakt, noe som betyr at vi vil forstå språket hennes godt. Men det vil jo antagelig bety mye for hennes relasjon til oss at vi er interesserte i hennes personlighet og erfaringer i livet. At hun kan fortelle om ”gamle dager” kan gjøre forholdet oss i mellom nærere og vi vil bli bedre kjent med Klara som person. Selv om hukommelsen til dement personer er sviktende, kan de ha klare minner fra gamle dager. Det var ikke mye Klara fikk med seg av minner etter brannen hjemme, men noen gjenstander og bilder ble reddet ut. Bildene kan være et godt verktøy med tanke på kommunikasjon og etablering av en relasjon. Her får vi muligheten til å se ”tilbake” og gjennom at vi lytter, spør og viser interesse kan hun føle at hun betyr noe. Men det kan også vekke minner som hun kan oppleve som tunge. Hun er enke og det kan være sårt når eller hvis hun husker at mannen hennes er død. Vi må være forberedt på alle typer reaksjoner da vi arbeider på denne måten og håndtere disse reaksjonene med respekt. Hvis man derimot ikke viser interesse for denne siden av Klara kan man gå glipp av mye verdifull informasjon om henne. Gjennom denne type arbeid kan man få informasjon om hva hun for eksempel likte å gjøre tidligere, hvilken mat hun spiste og hennes rutiner i løpet av dagen. Hvis man ikke interesserer seg for dette blir kanskje ikke dagene hennes personliggjort på samme måte som de kunne ha vært, og etableringen av en relasjon kan utebli.

Fjørtoft (2006) har belyst Mosebys sin oppgave om respekt. Den trekker frem ærbødighet, ærefrykt og aktelse. I praksis betyr det at vi skal være til stede for Klara, gi henne tid og lytte til det hun har å si. Hun må selv få være delaktig og selv om det kan gå litt sakte må vi vise henne tålmodighet. Hun skal føle seg spesiell og betydningsfull, synlig og verdsatt. Men man må heller ikke glemme varsomheten og hensynet. Hun er en gammel dame med demens og vil vel aldri helt kunne forstå hvordan hun har det. Men prøver vi ikke vil vi heller ikke klare å etablere noen relasjon og samarbeidet kan bli utfordrende.

6.3 Stellesituasjon

Casen forteller oss at Klara har noen uhell i forbindelse med inkontinens og at det ofte lukter urin av henne. Hun er ofte våt og har gitt uttrykk for at huden på baken er sår og øm. Problemet til sykepleieren er at Klara helst vil være alene på badet og hun vil ikke ta i mot hjelp i stellesituasjonen. Sykepleieren har observert at hun sjelden bruker toalett-papir etter wc besøk, eller håndklede etter vask. Med kunnskaper om kroppen vet vi at fuktig hud under klær

ofte kan gi sår på huden som kan bli til belastning for pasienten, og i verste fall kan hun få en infeksjon. Tiltak må iverksettes, men Klara er fast bestemt på å klare dette selv.

Som sykepleier skal man hindre unødig skade, og man skal handle til pasientens beste uten å overkjøre pasientens selvbestemmelsesrett. Klara er delvis samtykkekompetent, noe som har blitt vurdert av lege. Dette vil si at hun delvis kan ivareta sine egne interesser, men at det er områder hun svikter på. Vi ser jo at forståelsen svikter på områder relatert til hygiene, men det betyr ikke at vi kan gå inn med tvangstiltak. Vi er pålagt av lovverket § 4 A- 3 å prøve med tillitsskapende tiltak før man kan vurdere tvangstiltak. Vi må derfor forsøke å bistå henne på andre områder slik at vi kan få gitt henne den hjelpen hun trenger.

Som nevnt over vil relasjonen Klara har til sykepleieren være vesentlig, og det kan jo være forståelig at hun vil være alene på badet hvis hun ikke føler noen form for kjennskap eller relasjoner til sykepleieren.

Det å ha med seg et fremmed menneske på badet og som i tillegg skal se på eller hjelpe til med det intime stellet kan være belastende. Hun kan føle seg blottlagt og at hun er i en unaturlig situasjon da hun sitter naken mens sykepleiere har på seg hansker, støvler og plastikkforkle. Vi må ha forståelse for Klara sin kroppsfølelse og hennes grenser relatert til kroppen. Klara kan også føle ubehag ved at en fremmed skal se henne naken. Det kan være at sykepleiere overskrider noen intime grenser hos Klara da hun ikke er vant til å få hjelp i stell. Sykepleiere blir ofte involvert i stell, og må derfor huske at grensene ikke er like hos alle pasienter. Det som er greit for nabodamen trenger ikke å være greit for Klara.

Føler hun kjennskap og trygghet til oss kan ubehagelige situasjoner unngås. Men blir ikke dette etablert kan man ende opp med situasjoner som går ut over pasientens autonomi. Klara har ikke full innsikt i hva som er til hennes beste, men det betyr ikke at vi skal ta fra henne all rett til å bestemme selv. Vi må unngå at hennes integritet blir krenket, samtidig som vi må handle til hennes beste. Dette er og blir et dilemma, og vi må være sikre på at Klara får all den informasjonen hun trenger. Dette kan i beste fall føre til at hun selv forstår hvorfor sykepleier ønsker å hjelpe henne i stellesituasjonen. I verste fall kan hun føle seg krenket ved at vi går inn og hjelper henne da hun ikke ønsker det. Hun ser kanskje ikke nødvendigheten, men kommer til et punkt hvor vi er nødt til å hjelpe for å forebygge skade.

Kari Martinsen (1990) mener at en av våre oppgaver som sykepleier er å gå inn i relasjoner for å gagne pasienten og hindre at hun skader seg. Pasienten er med i beslutningsprosessen,

men det er sykepleiers faglige skjønn som avgjør hva som er best for pasienten. Dette kaller hun svak paternalisme. Som nevnt tidligere vet vi at Klara kan få sår og videre komplikasjoner på grunn av fuktig hud, samtidig som hun er fast bestemt på at hun ikke trenger hjelp. Spørsmålet er om autonomien og integriteten er viktigere en å unngå sår hud. Forskningen til Hem et al. viser at personalet ofte føler at de trår på grensen til tvang under stellesituasjoner på grunn av pasienters reaksjoner, men at de etter stellet har observert endringer til det positive i pasientenes humør. Kanskje man ved å gå inn å hjelpe Klara mot hennes vilje, men med god informasjon gjennom hele stellet, kan få henne til å innse at hun trenger hjelp og at det er godt å få hjelp. Hun kan også bli provosert av det, og bli enda mer tilbaketrukket og vi har dermed krenket hennes integritet. Men hvis vi da trekker oss tilbake og lar henne fullføre selv kan hun igjen oppfatte det som at vi respektere hennes autonomi og integritet. Hvis vi hjelper henne litt og litt, så hun blir vant til det kan det hende at hun lar oss hjelpe til slutt.

Selv om vi gjør det vi oppfatter som Klara sitt beste kan det være på grensen til tvang. Kristoffersen og Nortvedt (2004) sier at det er hårfine grenser mellom hva som er maktmisbruk kamuflert bak gode intensjoner, og hva som er relevant innsats for å forsøke å motivere pasienten for noe hun ikke ønsker, men som sykepleieren mener hun er tjent med.

Fjørtoft (2006) mener at tvang må være en nødløsning når alt annet er forsøkt. Kapittel 4 A i pasientrettighetsloven gir oss muligheten til å yte nødvendig helsehjelp for å hindre skade hos personer uten samtykkekompetanse, men dette lovverket sier også tvang skal forbygges og begrenses. Siden Klara er delvis samtykkekompetent kan vi i teorien gripe inn hvis vi ser at hygienen går utover helsen hennes, men det skal fortsatt tilrettelegges med respekt for pasientens fysiske og psykiske integritet.

§ 4A-3 sier at det skal være forsøkt med tillitsskapende tiltak før man kan ta i bruk tvang. Kirkevold (2005) har gjennom forskningen ”tvang i sykehjem” sett at tvang anvendes hyppigere enn det som kan forsvares, og at motivet ofte var relatert til å beskytte andre beboere og utøve omsorgstiltak.

Men hva med personen som opplever tvangsbruk, det må da finnes en mer verdig behandlingsmåte?

Vi kan dra situasjonen opp i mot Travelbee (1999) sin teori om et menneske-til-menneske-forhold. Hun beskriver dette som en erfaring som skjer mellom sykepleieren og pasienten, der forholdet er gjensidig og begge får oppfylt sine behov. Når hun sier begge tenker hun på at

sykepleieren også er et menneske, med sine behov og at man ikke slutter å være menneskelig i arbeidstiden. Pasienten skal oppfattes som et unikt, menneskelig individ og ikke bare som en sykdom eller en jobb. Dette går også på holdningen til sykepleieren. Hvis hun er der for å gjøre en jobb og tjene penger, vil dette vise seg i at hun deltar mer i en sykepleie- pasient interaksjon en at hun går inn i et menneske til menneske forhold. Hvis man går inn i stellesituasjonen uten å tenke på at Klara har individuelle ønsker og behov vil man behandle henne som en hvilken som helst annen pasient. Kanskje stellet blir utført litt for fort, eller at hun ikke får vasket seg slik hun er vant til å gjøre det. Dette kan få Klara til å føle seg oversett og uønsket. Det å skulle ta i mot hjelp fra noen som egentlig bare er der fordi de må, kan vi forestille oss at er en ubehagelig opplevelse. Klara er et menneske som trenger hjelp, og ikke et objekt som skal vaskes. Hvis vi ser på Smebyes (2009) jeg-du tilnærming kan de gjennom en dialog komme frem til hva Klara kan klare selv, hva hun trenger hjelp til, og hvorfor. Det er et gi og ta forhold hvor sykepleier stimulerer pasientens bruk av gjenværende ressurser og kompenserer for de sviktende evnene. Gjennom dette skal sykepleieren prøve og formidle til Klara at hun er sett, at hun er verdifull og at de har en felles forståelse av verden. Ved å jobbe på denne måten kan man unngå at Klara føler seg oversett og uønsket, men heller føler seg ønsket og respektert.

7.0 Konklusjon

Klara er inne i sin andre uke på sykehjemmet og slik vi forstår casen er det få eller ingen relasjoner som er etablert. Det er heller ikke satt i gang noen tiltak eller brukt tvang. Vi ser at en respektfull atferd kan vises gjennom sykepleiers holdning, og at kunnskaper om demens er viktig for en god holdning. Med kjennskap til hverandre og sykdommen, samt respekt for den enestående kvinnen Klara er, kunne vi brukt tid på å tilvenne henne at vi er der. Med å tre rolig frem, samtidig som vi informerer henne om hvorfor vi er der kan vi skape en forståelse som letter forholdet. Etablering av relasjon vil være viktig for å få til et godt samarbeid. Hvis man har Travelbees menneske til menneske forhold i bakhodet, og jobber ut fra Cheston og Benders personfokuserte tilnærming vil man kanskje opptre på en menneskelig og respektfull måte. Vi må vise henne gjennom væremåte og kommunikasjon at vi forstår hennes situasjon og hvorfor hun vil være alene på badet, vi vil jo alle ha vårt privatliv. Vi åpner for en felles forståelse og et samarbeid, der vi ønsker å fremme forandring hos Klara. Dette kan skape trygghet og tillit, slik at man kan ende opp med et godt samarbeid og en felles forståelse av hverandre. Dette mener vi kan forbygge bruken av tvang fordi man inkluderer personen i stellet, og har personen i fokus. Man fokuserer dermed mer på Klara enn på selve stellesituasjonen, og hun kan føle seg såpass respektert at hun etter hvert lar oss hjelpe til uten å måtte ty til tvang.

Vi håper at man gjennom å lese denne oppgaven kan lære noe om sin egen og andres holdninger til demente personer og reflektere rundt dette temaet. Vi ønsker at dette i praksis kan føre til en mer personfokuseret tilnærming.

8.0 LITTERATURLISTE

- Berentsen, V. D. (2008). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasient.* (s. 350-382). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Bjørk, I. T. & Breievne, G. (2005). Kropp og velvære. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skau (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Bind 1.* (s. 106-136). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter.* (4.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk.* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2009). *Lærebok demens. Fakta og utfordringer.* (5. Utg.). Aldring og Helse 2009.*
- Fjørtoft, A.-K. (2006). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter.* Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Hauge S. (2008). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasient.* (s 219-236). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- 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> *
- Hummelvoll, J. K. (2004). *Helt - ikke stykkevis og delt.* (6.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hva ser du søster (s.a).
Lokalisert på: <http://ndla.no/nb/node/60690>*

Håkonsen, K. M. (2003). *Innføring i psykologi*. (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Johnsen, L. & Smebye, K. L. (2009). Bruk av tvang i demensomsorgen. I A. M. Mork Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens. Møte og samhandling* (s. 207-231). Oslo: Akribe.*

Kada, S., Nygaard, H. A., Mukesh B. N. & Geitung J. T. (2008). *Staff attitudes towards institutionalised dementia residents*.

Lokalisert på:

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=7&hid=123&sid=4815fa39-ecd3-496d-8588-26c742447b3c%40sessionmgr104&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2010342743> *

Kirkevold, M. (2008). Den gamles integritet. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasient*. (s. 91-99). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Kirkevold, M. (2006). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske

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

<http://tidsskriftet.no/article/119222>

Den engelske versjonen: *A study into the use of restraint in nursing homes in Norway*.

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=5&hid=112&sid=e8770c2f-c4de-41f9-ac00-2717ffc69ba0%40sessionmgr110&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2004191100> *

Kristoffersen, N. J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skau (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Bind 4*. (s. 13-99). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2005). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skau (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Bind 1*. (s. 137.183). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Martinsen, K. (1990). Omsorg i sykepleien - en moralsk utfordring. I K. Jensen (red.), *Moderne omsorgsbilder* (s. 60 - 94). Oslo: Gyldendal Akademisk.*

Mork Rokstad, A. M. (2009). Hva er demens? I A. M. Mork Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens. Møte og samhandling*. (s. 28-44). Oslo: Akribe.*

Pasient og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. Lokalisert på lovdata.no*

Slettebø, Å. (2008). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasient*. (s. 169-179). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Smebye, K. L. (2009). Å møte personer med demens. I A. M. Mork Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens. Møte og samhandling* (s.13-24). Oslo: Akribe.*

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.*

Wogn-Henriksen, K. (2009). Kommunikasjon. I A. M. Mork Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens. Møte og samhandling* (s. 87-112). Oslo: Akribe.*

9.0 VEDLEGG

Vedlegg 1

DATO	DATABA SE	SØKEORD	BEGRENSNINGER	ANTALL TREFF	MOTIV TIL EKSKLUDERING	UTVALGTE ARTIKLER
19/1-2012	Ebscohost	Positive approaches AND dementia	Engelsk språk, linked full- text, 2000-2012.	29	Svarer ikke til temaet og problemstillingen	0
19/12012	Cinahl gjennom Ebscohost	Attitude AND dementia	Engelsk språk, linked full- text, 2000-2012.	400	Svarer ikke til temaet og problemstillingen	1
20/1-2012	Ebscohost	Restraint AND Norway	Engelsk språk, linked full- text, 1996-2012	43	Svarer ikke til temaet og problemstillingen	1
20/1-2012	Google	Tvang i sykehjem	Ingen	500 000	Svarer ikke til temaet og problemstillingen	1
20/1-2012	Sykepleien Forskning	Tvang	Ingen	70	Svarer ikke til tema og problemstilling	1

Vedlegg 2

Forfatter År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode Instrument	Deltakere Frafall	Hovedfunn
Øyvind Kirkevold. Seniorforsker ved Nasjonalt Kompetansesenter for Aldring og Helse 2005 Norge Tidsskrift For Den Norske Legeforening	Bruk av tvang i sykehjem	Undersøke forekomsten av bruk av tvang i Norske sykehjem	Spørreundersøkelse med 20 spørsmål om tvang som primærpleier svarer på. Opplysninger om pasienters mentale kapasitet ble registrert, samt antall sengeplasser.	222 avdelinger i 54 kommuner, 1501 pasienter	Det viser seg at det blir brukt mer tvang enn det som faglig kan forsvares. 45% av pasientene i skjermede enheter for demente og 37% av pasientene i ordinære somatiske avdelinger ble utsatt for minst et tvangstiltak i løpet av en uke. Det er i tillegg vanskelig å finne dokumentasjon på tiltakene og hvem som står ansvarlig for de. Sykehjemslegen kan gjøre mye for å påvirke tvangsbruken i riktig retning.

Forfatter År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/ Instrument	Deltakere Frafall	Hovedfunn
Marit Helene Hem Elisabeth Gjerberg Reidar Pedersen Reidun Førde Alle jobber i seksjon for medisinsk etikk UiO 2010 Norge Sykepleien Forskning	Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang	Beskrive typiske situasjoner når omsorg og pleie skal gis til personer med demens som motsetter seg hjelp	Kvalitativ Baseres på 11 fokusgruppeintervjuer. Tverrfaglig sammensatt personell i gruppene ble brukt med båndopptaker og deretter transkribert. Fokusert på personalets forståelse av frivillighet og tvang, hvordan situasjoner løste seg uten bruk av tvang, hvordan motstand mot pleie og omsorg utløste bruk av press og tvang, hvilke pleiesituasjoner som involverte bruk av tvang og hvilke former for tvang de hadde erfaring med.	60 pleiere 5 sykehjem	Å hjelpe personer med demens i stell byr på utfordringer. Grensene i tvang er ofte uklare. Motstand kan ofte være mot måten ting utføres på og ikke mot selve handlingen. Viktig å etablere tillitsfulle relasjoner for å redusere tvang.