



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for Helse- og Idrettsfag.

4AVS304

Charlotte Gilbu og Trude Negård

Veileder: Wenke Moldjord

Antall ord: 9864

”Tvang og mangel på kunnskap – er det noen sammenheng?”

”Physical restrain and lack of knowledge – is there any connection?”

Bachelor i sykepleie, 6.semester. Kull 121

2012

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

## **For jeg var gammel, og dere så til meg**

*Salige er de  
som skjønner at jeg ikke lenger kan gå så fort  
og at jeg skjelver på hendene.*

*Salige er de  
som forstår at jeg hører dårlig  
og at jeg ikke lenger ser så godt.*

*Salig er de  
som godtar at min forstand trenger litt mer tid  
til å oppfatte ting.*

*Salige er de  
som ikke ergrer seg  
når jeg søler på bordet.*

*Salige er de  
som stanser opp og slår av en prat med meg,  
og som lar meg fortelle  
litt om de gode gamle dager.*

*Salige er de  
som aldri sier:  
Dette forteller du nå for tredje gang.*

*Salige er de  
som fortsatt bryr seg om meg,  
og som gjør mine siste år litt mindre ensomme.*

Fra ”I ditt nærvær. En bønnebok for ungdom”.

# Innholdsfortegnelse

<b>1 Innledning .....</b>	<b>4</b>
1.1 Presentasjon av problemstilling.....	4
1.2 Oppgavens avgrensing.....	5
1.3 Oppgavens disposisjon og begrepsavklaring.....	6
<b>2 Metode .....</b>	<b>8</b>
2.1 Litteratursøk .....	8
2.2 Kildekritikk .....	9
<b>3 Teori.....</b>	<b>11</b>
3.1 Kari Martinsens sykepleierteori .....	11
3.2 Demens ved Alzheimers sykdom .....	12
3.3 Behovet for hygiene .....	13
3.4 Pliktetikk og pasientens autonomi.....	14
3.5 Kommunikasjon .....	15
3.5.1 Kommunikasjon i møte med pasienter med demens sykdom .....	15
3.5.2 Realitetsorientering, reminisens og validering .....	16
3.5.3 Tillitskapende tiltak .....	17
3.6 Tvang – pasientrettighetsloven.....	18
<b>4 Drøfting .....</b>	<b>19</b>
4.1 Viktige forutsetninger for utøvelsen av sykepleie i en stellsituasjon.....	19
4.2 Utøvelse av sykepleie i stellsituasjonen .....	24
<b>5 Konklusjon .....</b>	<b>31</b>
<b>6 Litteraturliste.....</b>	<b>32</b>

# 1 Innledning

Som sykepleierstudenter i vårt siste semester har vi i denne bacheloroppgaven valgt å ta for oss temaet ”Bruk av tvang i sykepleien til pasienter med demens sykdom”. Dette er et svært aktuelt tema, hvor sykepleieren står ovenfor både faglige, etiske og juridiske utfordringer. Temaet har stor oppmerksomhet i dagens samfunn, og vi ser absolutt nødvendigheten med fokus på temaet. Dette med grunnlag i blant annet statistikk presentert av Helse- og omsorgsdepartementet (2007), viser at forekomsten av personer med demens sykdom er stigende. De viser også til at antall personer med demens sykdom vil være fordoblet til omtrentlig 135 000 i år 2040 forutsett at forekomsten av demens sykdom holder seg på dagens nivå. Forskning gjort av Kirkevold (2005) viser også at tvang i eldre- og demensomsorgen blir hyppig brukt. Tallene viser at nærmere 45% av pasienter i skjermet avdelinger ukentlig blir utsatt for tvangstiltak. Hyppigst ble det sett bruk av tvang i forbindelse med aktiviteter i dagliglivet, herunder også stellsituasjoner. Den ovennevnte statistikken viser urovekkende høye tall. Erfaringsmessig har vi selv også opplevd bruk av tvang ovenfor eldre i demensomsorgen. Yrkesmessig er personer med demens sykdom en pasientgruppe man som sykepleier vil møte på sykehjem, i sykehus og hjemmesykepleie. Gode kunnskaper om pasientgruppen og temaet tvang er svært nødvendig, og vi har derfor valgt å fordype oss i dette temaet.

## 1.1 Presentasjon av problemstilling

Med denne oppgaven ønsker vi å belyse vanskelige og utfordrende situasjoner som sykepleieren kan stå ovenfor knyttet til demens og bruk av tvang. I hverdagen kan vi som sykepleiere støte på mange situasjoner hvor pasienten setter seg til motverge, og som gjør at pasienten mer eller mindre blir tvunget til eksempelvis å ta tabletter eller å vaske seg. Herunder ønsker vi å ha fokus på å forhindre bruk av tvang i forbindelse med ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov for personlig hygiene. Statistikken presentert ovenfor viser som nevnt at det vil bli en økning av antall pasienter med demens sykdom, samt at det hyppig utføres tvang i demensomsorgen. Alzheimers sykdom er den vanligste formen for demens sykdom, og rammer ca 60 % av denne pasientgruppen. Med oppgaven ønsker vi å øke våre kunnskaper om temaet. Dette fordi gode kunnskaper om temaet vil styrke vår profesjonalitet og arbeidet vi utfører som sykepleiere. Vi vil gjennom denne oppgaven se om det finnes alternative løsninger for å redusere bruken av tvang i

demensomsorgen, samt hva vi som sykepleiere har av alternativer i stell av disse pasientene. Ut fra dette har vi kommet frem til følgende problemstilling:

*”Hvordan kan vi som sykepleiere unngå bruk av tvang til en pasient med Alzheimers sykdom som motsetter seg stell?”*

## **1.2 Oppgavens avgrensning**

Bruk av tvang i demensomsorgen er et stort og omfattende tema, og på grunn av ordbegrensningene i oppgaven og tiden vi har til disposisjon, har vi derfor valgt å foreta følgende avgrensninger:

I oppgaven tar vi utgangspunkt i at vi som sykepleiere på et sykehjem møter en pasient som har demens ved Alzheimer sykdom. Vi velger å ha fokus på denne pasientgruppen, siden dette er en stor gruppe pasienter vi vil møte på i vårt fagfelt. Oppgaven er basert på en pasient uten samtykkekompetanse, som motsetter seg nødvendig helsehjelp knyttet til personlig hygiene. Pasienten har som følge av sin langtkommende sykdom tidvis vansker med å forstå enkelte ord og deres betydning, noe som kan føre til vanskeligheter i blant annet stellsituasjonen. Vi vil fokusere på de kunnskapene vi som sykepleiere trenger, samt hvordan vi skal benytte disse kunnskapene for å kunne gjennomføre en stellsituasjon uten å inkludere bruk av tvang. Stell av pasienter er et omfattende tema, og vi har i denne oppgaven valgt å ha fokus på ivaretagelse av pasientens personlige hygiene. Herunder vil vi legge vekt på en pasient med urin- og avføringsinkontinens som motsetter seg hjelp til å bli vasket og skiftet på, og som i forbindelse med stellet ofte kan bli aggressiv og få en utagerende atferd. Vi ser at kommunikasjon vil ha en sentral rolle i gjennomføring av stellsituasjonen, og vi vil derfor vektlegge hvordan vi som sykepleiere fremtrer og kommuniserer med pasienten under stellet. Videre vil vi se hvordan tillitskapende tiltak og god kommunikasjon mellom pasient og sykepleier kan ha en innvirkning på nødvendigheten eller bruken av tvang, da vi ser at dette kan være vesentlige momenter innen dette emnet.

Som sykepleiere er det alltid viktig å inkludere pårørende i sykepleien vi utfører til pasienter. Vi ser at pårørende vil kunne spille en rolle i samarbeidet med pasienten i denne oppgaven, men vi har valgt å ikke inkludere disse i oppgaven, da vi mener det er pasienten og vår rolle som sykepleiere som står i fokus. Knyttet opp mot vår valgte problemstilling, mener vi hovedfokuset vil ligge på kommunikasjon og hvordan vi som sykepleiere fremtrer i møte med personer med demens sykdom. Vi er også klar over at etikk er viktige grunnkunnskaper innen vårt valgte emne, da vi ser det i denne oppgaven vil kunne oppstå en konflikt mellom våre ulike plikter som sykepleiere og pasientens autonomi. Samtidig vil vi forholde oss til teoretiker Kari Martinsen, som i sin omsorgsteori legger stor vekt på våre plikter ut fra de kunnskapene vi innehar som sykepleiere.

### ***1.3 Oppgavens disposisjon og begrepsavklaring***

Denne oppgaven er delt opp i hovedkapitler og underkapitler, som er numerert med henholdsvis tall og desimaltall. Oppgaven er bygget opp med en innledning, metodedel, teoridel og avslutningsvis drøftingsdel og konklusjon. Til slutt følger en litteraturliste. I metodedelen presenterer og beskriver vi benyttet litteratur og kildekritikk, samt fremgangsmåte for å søke forskningslitteratur. I teoridelen presenteres relevant teori knyttet til vår valgte problemstilling. Først vil vi presentere Kari Martinsens sykepleieteori som gir en begrunnelse av den sykepleien vi utøver ovenfor den aktuelle pasientgruppen og gir et grunnlag for diskusjon. Så følger teori om demens sykdom og behovet for hygiene. Videre kommer teori om kommunikasjon med pasienter med Alzheimers sykdom for å gi en forståelse av viktigheten av gode kommunikasjonsferdigheter i møte med denne pasientgruppen. Teori om tvang vil presenteres avslutningsvis.

Deretter følger drøftingsdelen hvor vi vil drøfte vår problemstilling med utgangspunkt i valgt teori og forskning, samt egne praksiserfaringer. Dette vil vi drøfte opp mot hverandre, for å kunne besvare vår valgte problemstilling. Da vi i drøftingsdelen trekker inn egne erfaringer, vil vi her benytte oss av anonymisering. Til slutt kommer konklusjonen, som vil oppsummere og gi et svar på problemstillingen. Det vil være vedlagt artikkelanalyser av våre valgte artikler som vedlegg, da vi mener dette gir en bedre forståelse av hvorfor vi har valgt nettopp disse artiklene.

Vi velger å bruke begrepene ”pasienten” og ”oss som sykepleiere”, da dette gjør det lettere å identifisere hver enkelt. Ellers vil begrepsavklaringer utdypes underveis i teoridelen, da vi mener dette gir en god flyt og en mer strukturert tekst.

## 2 Metode

I følge retningslinjer utgitt av skolen skal bacheloroppgaven baseres på et litteraturstudie. Dette innebærer å systematisk, samt kritisk gjennomgå publisert litteratur og forskning rundt en valgt problemstilling. Hensikten med metodekapittelet vil være å belyse og gjøre rede for anvendt litteratur og forskning, samt fremgangsmåte i søkeprosessen (Olsson & Sørensen, 2003).

### 2.1 Litteratursøk

I oppgaven har vi anvendt både pensumlitteratur og egenvalgt faglitteratur. I forhold til pensumlitteraturen har vi hovedsakelig vektlagt Eide & Eide (2007) og Hummelvoll (2004). Vi anser pensumlitteraturen som gode og gyldige kilder, da dette er skolens valg av fagbøker. Samtidig består pensumlitteraturen hovedsakelig av primærkilder. Vi anser primærkilder som mest relevant å bruke, da disse kildene er det opprinnelige og originale stoffet, altså førstehåndskilder (Dalland, 2007). Vi har allikevel også benyttet sekundære kilder, hvor vi ikke har klart å søke opp primærkilden. I søket etter egenvalgt litteratur, har vi vektlagt oppdatert kunnskap innenfor valgt tema og problemstilling. I oppgaven har vi anvendt litteratur som belyser ulike sider av temaet, noe vi mener styrker oppgaven. Knyttet til sykepleierteoretiker Kari Martinsen har vi benyttet hennes utgivelse "Omsorg, sykepleie og medisin" (2003). Samtidig har vi også her benyttet sekundære kilder for å belyse ulike synsvinkler av Martinsens omsorgsteori. Vi har i oppgaven også anvendt anerkjente forfattere og forskere som har flere relevante utgivelser, da vi mener dette styrker forfatterens troverdighet og kunnskapsområde. Samtidig mener vi at å anvende anerkjente forskere og forfattere vil styrke oppgaven.

I forskningssøket vårt har vi benyttet oss av ulike databaser. Herunder blant annet SweMed+, PubMed, Cinahl, Helsebiblioteket, Springerlink og Sykepleien. Dette er alle databaser vi ser på som relevante og troverdige, da de er knyttet til, og anbefalt av Høgskolens hjemmeside. Vi har benyttet oss av disse ulike søkeordene i forbindelse med artikkelsøket; demens, tvang, sykehjem, kommunikasjon, tilnærming, omsorg og personlig hygiene. Ved å bruke MeSH-termer, fikk vi gode engelske søkeord og dermed tilgang på flere aktuelle artikler. De valgte artiklene vil hovedsakelig bli vektlagt i drøftingsdelen for å styrke drøftingen og belyse flere aspekter av temaet.



Under følger en kort presentasjon av anvendte artikler. Se vedlegg for analyse og nærmere beskrivelse av artiklene.

”Hvordan Dementia Care Mapping kan påvirke pleiekulturen i en sykehjemsavdeling” (Jøranson & Hauge, 2011). Publisert i Sykepleien Forskning. Artikkelen er funnet på Sykepleien Forskning.

”Bruk av tvang i sykehjem” (Kirkevold 2005). Publisert i Tidsskrift for Den norske legeforening. Artikkelen er funnet på SweMed+.

”Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang” (Hem, Gjerberg, Pedersen & Førde, 2010). Publisert i Sykepleien Forskning. Artikkelen er funnet på Sykepleien Forskning.

”Short-term effects of an educational intervention on physical restraint use: a cluster randomized trial” (Huizing, Hamers, Gulpers & Berger, 2006). Artikkelen er funnet i PubMed.

”Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care (Review)” (Möhler, Richter, Köpke & Meyer, 2011). Publisert i The Cochrane Library.

Videre ser vi nødvendigheten av en god kildekritikk knyttet til litteratursøket vårt.

## **2.2 Kildekritikk**

Kildekritikk innebærer å vurdere de anvendte kildene og få et innblikk i den valgte litteraturens relevans knyttet til vår problemstilling. Kildekritikken vil vise at vi forholder oss kritiske til det anvendte kildemateriale, og dermed sikrer kildens troverdighet (Dalland, 2007).

Det er utarbeidet sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, som bidrar til å gjøre arbeidet med å kritisk vurdere vitenskapelige artikler lettere (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinart, 2007). Vi har sett på sjekklister som gode hjelpemidler for vurdering av forskningen vi har benyttet i oppgaven. På bakgrunn av disse sjekklister har vi utarbeidet analyser av forskningen vi har brukt, se vedlegg. Herunder har også IMRAD vært et godt

hjelpemiddel for oss for å avklare artiklenes relevans for vår oppgave, da IMRAD gir en god oversikt over artiklenes innhold.

Som nevnt, er forskning av nyere dato ønskelig. Vi har derfor hovedsakelig søkt etter forskning utgitt de siste fem årene. Allikevel har vi anvendt forskning fra 2005, da vi anser disse artiklene som relevante for oppgavens problemstilling. Samtidig har artiklene gitt gode svar på sine problemstillinger. Vi har også tatt med i betraktning hvor i verden studien er utgitt. Studier utført i Norden og Europa vil for oss kunne være av større relevans enn studier gjort i eksempelvis Afrika. Dette fordi vi mener pleiekulturen i Norge i større grad kan sammenlignes med pleiekulturen i resten av Norden og deler av Europa.

Det er viktig å skille mellom kvalitativ og kvantitativ forskning. Kvalitativ forskningsmetode karakteriseres ved intervjumetoder, hvor det ofte er relativt få informanter. Denne metoden tar sikte på å undersøke subjektive menneskelige erfaringer og holdinger, i motsetning til bruk av statistikk som karakteriserer kvantitativ forskning (Nortvedt, et.al., 2007). Våre artikler baseres hovedsakelig på kvalitativ forskning.

### 3 Teori

Herunder presenteres teori relevant for oppgavens tema og problemstilling. Den valgte teorien skal danne grunnlaget for videre drøfting, slik at vi til slutt om mulig kan komme frem til ett eller flere svar på problemstillingen vår.

#### **3.1 Kari Martinsens sykepleierteori**

Vi har valgt å bruke Kari Martinsens omsorgsteori som grunnlag for oppgaven og den sykepleien vi utøver i møte med pasienten i oppgaven. Sentralt i hennes teori står omsorg for de syke som ikke kan gjenvinne sin uavhengighet. Videre står mellommenneskelige forhold sentralt i hennes teori, samt betydningen av sykepleierens kunnskaper og forståelse. Kari Martinsen har teori om de svakeste svake, en gruppe vi mener vår pasient med Alzheimers sykdom tilhører.

Kari Martinsen definerer i Kirkevold (1995) sykepleiens mål som ”å virkeliggjøre omsorg gjennom konkrete handlinger ut fra en faglig vurdering av hva som er til pasientens beste ... uavhengighet av om andre resultatsmål er oppnådd, for eksempel i form av bedring eller økt selvhjulpenhet” (s.136). Martinsen vektlegger spesielt sykepleierens ansvar ovenfor de som ikke har mulighet til å gjenvinne sin uavhengighet. Å gjenvinne uavhengighet sees ikke på som et overordnet mål (Martinsen, 2003). Vi anser pasienter med Alzheimers sykdom som en gruppe pasienter som ikke kan gjenvinne sin uavhengighet, og vi mener derfor Kari Martinsens teori står sterkt knyttet til vår valgte pasientgruppe

Sentralt i Kari Martinsens sykepleieteori står begrepet omsorg. Hun definerer omsorg som et grunnleggende fenomen og som en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv. Også ansvaret for de svake er fundamentalt innen Martinsens omsorgsteori. Mottakeren av omsorg er i en ikke-selvhjulpen situasjon, hvor hjelperen har et ansvar og forpliktelse. Herunder understreker hun viktigheten av et mellommenneskelig forhold. Videre står fellesskap, solidaritet, forståelse og holdning sentralt i omsorgsbegrepet, og Martinsen presiserer at disse er grunnleggende i et mellommenneskelig forhold. Fellesskapet settes i sentrum, og det er gjennom vår avhengighet til andre mennesker at man får utviklet seg selv og sin selvstendighet (Ibid.). I tillegg til avhengighet er et menneskeforhold preget av makt. Martinsen understreker her viktigheten av moralsk

ansvarlig maktbruk. Med dette mener Martinsen at man for å handle fornuftig i en situasjon, må ta hensyn til både situasjonen og de involverte parter, samt etiske verdier og normer (Kirkevold, 1995). Dette mener vi er relevant for vår oppgave og vår valgte problemstilling da vi som sykepleiere har et ansvar og må bruke vår fornuft og fagkunnskaper i møte med pasienten med Alzheimers sykdom, for å unngå maktbruk i en stellsituasjon

Angående maktforhold forholder Martinsen seg kritisk til prinsippet om autonomi. I valget mellom autonomi og paternalisme, fremhever hun svakt paternalisme som det ønskelige. Med dette mener hun at sykepleieren innehar kunnskaper som er til pasientens beste. Å faglig og etisk begrunne sykepleien vi utfører understrekes av Martinsen å være fundamentalt. Dette beskriver hun slik:

Sykepleieren har en fagkunnskap som pasienten ikke har. I den forstand er hun suveren. Men ut fra en lydig, lyttende holdning til pasienten lar hun den andre få komme til sin rett. Hun hører, ser, forstår og tar imot andres inntrykk. Hun hersker ikke over den andre ved å over-se han. Hun ser faglig og praktisk til han ut fra nærværets mottakende etikk båret oppe av den forenende motsetning mellom åpenhet og tilbakeholdenhet (Sitert i Kristoffersen, 2005, s. 65).

I oppgaven vil fokuset ligge på omsorg for de svakest svake, og med utgangspunkt i Kari Martinsens teori, må vi som sykepleiere være lyttende og inneha kunnskaper. Med utgangspunkt i dette ser vi at vi som sykepleiere trenger bedre kunnskaper om kommunikasjon, noe vi kommer tilbake til senere i teorien.

### **3.2 Demens ved Alzheimers sykdom**

Demens er en fellesbetegnelse på flere ulike sykdommer som rammer hjernen og kjennetegnes ved redusert kognitiv evne, svikt i emosjonell kontroll og redusert funksjonsevne knyttet til dagliglivets funksjoner. Sykdommen er kronisk og oftest progredierende, som vil si at symptomer og skader i hjernen øker over tid (Snoek & Engedal, 2008). Det er tre ulike hovedgrupper av demenssykdommer. Herunder er degenerative demenssykdommer, vaskulær demens og sekundær demens. Demens ved Alzheimers sykdom tilhører gruppen degenerative

demenssykdommer, og er den hyppigste forekommende typen av demenssykdommer med omlag 60 prosent (Brækhus, Dahl, Engedal & Laake, 2009).

Ved demens ved Alzheimers sykdom er det både kognitive, emosjonelle og adferdsmessige og motoriske symptomer. Kognitive symptomer omfatter svekket oppmerksomhet, redusert hukommelse og læringsevne, språkvansker, orienteringsvansker og handlingssvikt. Emosjonelle og adferdsmessige symptomer kan være depresjon, angst, passivitet, vrangforestillinger og aggressiv atferd. Motoriske symptomer vil si redusert evne til å utføre dagligdagse handlinger, eksempelvis kle på seg (Berentsen, 2008). Svekket hukommelse ses som et av kjernesymptomene som ofte fremtrer først. Mennesker med hjernesykdommer kan ofte gjennomgå skiftende sinnsstemninger som en reaksjon på fremmede miljøer og situasjoner, støy og mange mennesker (Solheim, 1995). Det er viktig å presisere at symptomene ofte kan fremtre ulikt, både fra pasient til pasient, og etter hvor i forløpet av sykdommen man er (Andersen & Holthe, 2005).

Grunnet de mange og ulike symptomene ser vi viktigheten av at vi innehar gode kunnskaper om ulike tilnæringsmåter til pasienter med Alzheimers sykdom, da dette vil være sentralt for vår problemstilling. Dette vil vi komme tilbake til senere i teorikapittelet.

### **3.3 Behovet for hygiene**

For å begrunne stell av pasienten i vår oppgaven, vil det være viktig med at vi som sykepleiere innehar kunnskaper om hvorfor stell er så viktig. Herunder vil det være nødvendig med fagkunnskaper som forklarer hva som kan skje dersom man ikke får regelmessig stell og bytting av skitne buksebleier. Samtidig må vi kunne forstå hvilken betydning dårlig hygiene kan ha for pasientens velvære.

Begrepet hygiene sees ofte i sammenheng med renslighet og renhold, men i forbindelse med sykepleie omfatter begrepet også forebyggende og helsefremmende tiltak. Disse tiltakene retter seg spesielt mot de faktorene som kan være en risiko for helsen vår, samt faktorer som fremmer og beskytter den. Å ikke ivareta sin personlige hygiene kan medføre en fare for helsen (Dalheim, Herud, Jørs, Koch & Skaug, 2005). Kroppens normalflora er en av våre beskyttelsesfaktorer mot

uønskede mikroorganismer. En opphopning av uønskede mikroorganismer på huden vil kunne medføre utvikling av infeksjoner dersom de ikke fjernes (Stordalen, 2009). Eksempelvis vil urin- og avføringsinkontinens kunne medføre hudproblemer og gjøre huden gjennomtrengelig for mikrober. Dette fordi hudens pH øker og fuktighet bløter opp huden (Dalheim, et al., 2005).

Å være ren og velstelt har stor betydning for vår psyke og følelse av velvære, i tillegg til å være et fysisk behov. Det er for øvrig viktig å understreke at følelsen av velvære er individuell og varierende fra menneske til menneske. Det å selv ikke kunne ivareta sitt behov for personlig hygiene når man blir syk og hjelpetrequende, kan for mange medføre følelser av maktesløshet og mindreverd. Sykepleierens fremtreden i en slik situasjon vil spille en avgjørende rolle for hvordan pasienter opplever, samt føler seg under og etter stellet (ibid.). Dette mener vi er avgjørende for vår oppgave, da vår valgte pasient grunnet sin Alzheimers sykdom ikke lenger klarer å ivareta sitt behov for personlig hygiene.

### ***3.4 Pliktetikk og pasientens autonomi***

Brinchmann (2007) definerer pliktetikk som å handle ut fra ulike plikter man har. Dette på tross av de konsekvensene dette måtte medføre. Innen pliktetikken står nettopp personen og handlingen i fokus, mens konsekvensene av handlingen ikke vektlegges. Som helsepersonell har man mange plikter å forholde seg til, og som dermed kan komme i konflikt med hverandre. Brinchmann (2007) viser herunder til et eksempel hvor en pasient ikke ønsker behandling. Sykepleiere og helsepersonell generelt har en plikt til å ivareta pasientens autonomi og selvbestemmelsesrett. Dette er nedfelt i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I følge de samme retningslinjene plikter vi dessuten som sykepleiere å utøve sykepleie som fremmer helse og forebygger sykdom (Norsk sykepleierforbund, 2011). Pasientautonomi beskrives av Brinchmann (2007) som retten til selv å bestemme, og ses som en etisk og juridisk rettighet. Videre beskriver hun motsetningen av autonomi, som er paternalisme. Dette innebærer at helsepersonellet med sine kunnskaper tar beslutninger på pasientens vegne, til tross for hva pasienten måtte mene og ønske (ibid.).

Det blir her en utfordring å ivareta begge de pliktene vi har som sier mot hverandre. I denne oppgaven vil det være en etisk utfordring, da pasienten i vår oppgave motsetter seg stell og vi kan forstå det som at han ikke ønsker å stelles. På den andre siden har vi som sykepleiere en plikt til å ivareta hans helse og for å gjøre dette må jevnlig vask og skift av bleiebukse utføres. Det vil derfor være en konflikt mellom vår plikt til å ivareta pasientens helse og vår plikt til å ivareta pasientens autonomi og selvbestemmelsesrett.

### **3.5 Kommunikasjon**

I møte med pasienten i vår oppgave ser vi at det vil være svært nødvendig med kunnskaper om gode kommunikasjonsferdigheter. Kommunikasjon kan forenklet defineres som utveksling av meningsfylte tegn og signaler, både i form av verbalt og nonverbalt uttrykk, mellom flere parter (Eide & Eide, 2007). Videre beskrives kommunikasjon av Hummelvoll (2004) som ”en vedvarende, dynamisk og foranderlig prosess – og et symbolsk samspill – hvor man påvirker andre og selv påvirkes” (s. 380). Eide og Eide (2007) påstår vi alle har evnen til kommunikasjon, og viktige grunnprinsipper blir beskrevet som å anerkjenne den andre gjennom aktiv lytting, åpenhet og forståelse. Profesjonell, hjelpende kommunikasjon har til hensikt å fremme helse og forebygge sykdom.

#### **3.5.1 Kommunikasjon i møte med pasienter med demens sykdom**

Kroppsspråk ses på som et svært viktig kommunikasjonsmiddel i møte med personer med demens sykdom, da deres evne til å forstå og oppfatte ord, samt uttrykke seg er svekket. Videre understrekes viktigheten av selv å være bevisst sitt eget kroppsspråk. Et stresset kroppsspråk kan virke forvirrende og uroende på pasienten med demens sykdom. Det understrekes videre at kommunikasjon vil være en viktig tilnæringsmåte knyttet til vanskelige situasjoner i møte med pasienter med demens sykdom (Solheim, 1995). Vi ser her viktigheten av at vi som sykepleiere innehar disse kunnskapene om kommunikasjon. Dette med grunnlag i at vi mener god kommunikasjon kan bidra til å legge grunnlaget for å gjennomføre en stellsituasjon med vår pasient uten å inkludere bruk av tvang. Videre hevdes det av Gotfredsen (2011) å være relevant å formidle konkret informasjon og kommunikasjon, slik at pasienten med demens sykdom føler

kontroll i situasjonen. Samtidig understreker hun viktigheten av å unngå forstyrrende momenter som kan bidra til at pasientens oppmerksomhet i situasjonen reduseres.

Det å forstå og bli forstått ses også som grunnleggende for individet (Jakobsen, 2007). Gjennom dynamisk samspill mellom mennesker, kan man utvikle fellesskap og felles forståelse.

Hovedkomponentene i en slik relasjon er kommunikasjon. I et samspill utveksles budskap, som består av en innholdsmessig og en relasjonell komponent. Med dette menes henholdsvis det som sies med ord og hvordan det formidles (Hummelvoll, 2004).

Studier gjort av Hem, Gjerberg, Pedersen & Førde (2010) understreker at opparbeidelse av tillitsfulle relasjoner mellom pleier og de med demens sykdom kan bidra til redusert bruk av tvang, samt en økning i frivillighet og samarbeid. Det vil for oss være svært relevant å opparbeide et tillitsforhold til vår pasient. Vi ser at de ovennevnte kommunikasjonsferdighetene vil kunne spille en vesentlig rolle i opparbeidelsen av dette tillitsforholdet. Dette vil vi diskutere i drøftingsdelen.

### **3.5.2 Realitetsorientering, reminisens og validering**

Å kommunisere med personer med demens sykdom kan være utfordrende, og det er som nevnt behov for mer kunnskaper om dette. Herunder presenterer Eide & Eide (2007) tre aktuelle kommunikasjonsteknikker som kan være gode redskaper i kommunikasjon med vår pasient med Alzheimers sykdom. Realitetsorientering innebærer å orientere pasienten om de reelle og faktiske forhold. Eksempler på dette kan være hvem pasienten er og hvor han er. Innen valideringsmetoden står respekt sentralt. Man skal respektere den enkeltes følelser og møte pasienten der han eller hun er følelsesmessig både i tid og sted. Å benytte denne metoden kan bidra til en styrking i pasientens selvfølelse og egenverd. Ofte kan validering gjøre pasienten roligere, og det gir anledning til å avlede over til en meningsfylt aktivitet (Solheim, 1995).

Sentralt i reminisensarbeidet står det å ivareta pasientens selvfølelse og identitet, gjennom minnearbeid. Dette er knyttet til pasientens erfaringer roller gjennom livet. Å engasjere seg i minner kan virke positiv på pasientens verdighets- og identitetsfølelse (Eide & Eide, 2007).



Heap (referert i Jakobsen, 2007) beskriver reminisens som et godt redskap for å oppnå kontakt mellom helsepersonell og pasient.

### **3.5.3 Tillitskapende tiltak**

Som nevnt ovenfor vil tillitsforholdet mellom pasienten og oss som sykepleiere spille en sentral rolle i utførelsen av stellsituasjonen. Det vil derfor være viktig at vi innehar kunnskaper om ulike måter å opparbeide tillit. Hummelvoll (2004) understreker nettopp viktigheten av å opparbeide et tillitsforhold mellom pasient og sykepleier. Å opparbeide et slikt tillitsforhold kan ta tid. Å utføre god kommunikasjon, og dermed kunne danne et tillitsforhold, krever praktiske ferdigheter som blant annet det å aktivt lytte, skape gode relasjoner, møte brukerens behov, å ha en åpen holdning og formidle informasjon (Eide & Eide, 2007).

Blant tillitskapende tiltak nevner Helsedirektoratet (2008) blant annet helhetlig tenkning, kjennskap til pasienten, veiledning av helsepersonell, kartlegging av årsaker, tid, kommunikasjonsform og informasjon som relevante. Det er viktig med gjenkjennbare og rolige omgivelser, samt å tilrettelegge situasjonen slik at pasienten selv kan utføre mest mulig. Å ta seg god tid og samtidig gi pasienten god tid er vesentlig. Videre kan stemmeleie og kroppsspråk være en avgjørende faktor for pasientens oppfattelse av situasjonen (Solheim, 1995).

Jøranson & Hauge (2011) presiserer i sin forskning at demensomsorgen stiller store krav til helsepersonellens kunnskaper om demens sykdom. Videre understreker de viktigheten av å reflektere over egen praksis og være bevisst sin væremåte og hvordan denne kan påvirke kvaliteten på omsorgen som blir utøvd. Personalets væremåte kan også ha en stor innvirkning på pasientens opplevelser. Huizing, Hamers, Gulpers & Berger (2006) viser i sin artikkel til studier som viser at undervisning av helsepersonell reduserer bruken av tvang. Studier gjort av Möhler, Richter, Köpke & Meyer (2011) viser også til positive resultater knyttet til reduksjon av bruk av tvang. Dette gjennom veiledning og konsultasjon av sykepleiere over en lengre tidsperiode.

### **3.6 Tvang – pasientrettighetsloven**

Å utøve nødvendig helsehjelp til pasienter som motsetter seg denne hjelpen kan være utfordrende. Forskning gjort av Kirkevold (2005) viser til at 45 % av pasienter i skjermet avdeling ukentlig ble utsatt for minst ett tvangstiltak. Pasientrettighetsloven kapittel 4 A er utarbeidet i den hensikt om å hindre vesentlig helseskade og begrense bruk av tvang under utførelsen av nødvendig helsehjelp. Denne loven omfatter helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Helsedirektoratet (2008) definerer samtykkekompetanse som "... pasientens kompetanse til å ta avgjørelser i spørsmål om helsehjelp" (s. 15). Ulike faktorer bidrar til at samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis, dersom pasienten åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Senil demens, psykiske og fysiske forstyrrelser og utviklingshemming er blant disse faktorene (ibid.).

Pasientrettighetsloven kapittel 4 A påpeker at før tvang kan iverksettes må det ha vært forsøkt fra helsepersonellens side å ha lagt til rette for helsehjelp uten bruk av tvang, - altså ved hjelp av tillitskapende tiltak (ibid.). Forskning gjort av Kirkevold (2005) konkluderer med at det ofte brukes tvang som følge av dårlige rutiner, heller enn av grundige overveielser. Artikkelen presiserer også at tvang omfatter så mye mer enn kun fysisk tilbakeholdelse. Eksempelvis det å lure i pasienter medikamenter som de ikke ønsker, samt overvåking uten pasientens viten kvalifiseres også som tvang. De pasientgruppene det oftest ble utført tvang mot, var de med demens sykdom, aggressiv atferd og dårlig funksjon i dagliglivets aktiviteter. Kirkevold (2005) mener det i enkelte situasjoner vil være faglig og etisk forsvarlig å gjennomføre behandlingstiltak som pasienten i utgangspunktet ikke ønsker. Han viser til eksempel hvor en pasient motsetter seg hjelp til stell når han har diaré rennende nedover såre bein. Å benytte tvang hevdes av Eide og Eide (2007) å kunne føre til økt tendens til aggressiv atferd hos pasienter med reduserte kognitive evner, som pasienter med demens sykdom. Samtidig vil maktbruk også kunne skape utrygghet og bryte ned tillit, samt bidra til en enda dårligere funksjon hos pasienten.

## 4 Drøfting

Vi vil i dette kapittelet drøfte hvordan vi som sykepleiere kan unngå bruk av tvang hos pasienter med Alzheimers sykdom som motsetter seg hjelp til personlig hygiene. Som følge av Alzheimers sykdom endrer mange pasienter adferd og motsetter seg i flere tilfeller hjelp og pleie.

Pasientrettighetslovens kapittel 4 A gir oss som helsepersonell myndighet til å iverksette tvangstiltak ovenfor pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg nødvendig helsehjelp. Samtidig påpeker loven at før tvangstiltak kan iverksettes, skal det forsøkes med tillitskapende tiltak (Helsedirektoratet, 2008). Vi vil bruke vår valgte teori, samt forskning og egne erfaringer som grunnlag for drøftingen slik at vi på best mulig måte kan besvare vår valgte problemstilling. For å se hvordan vi kan unngå bruk av tvang i en stellsituasjon, ser vi det som nødvendig med et fokus på de forutsetningene som trengs hos sykepleieren. Det vil også være viktig med et fokus på hvordan vi vil ta i bruk disse kunnskapene og forutsetningene for å på best mulig måte gjennomføre selve stellsituasjonen. Derfor har vi valgt å dele dette kapittelet opp i to deler; viktige forutsetninger for utøvelsen av sykepleie og utøvelsen av sykepleie. Dette har vi valgt å gjøre da vi føler det vil gi en bedre oversikt og en god flyt i teksten. Selv om drøftingen deles i to deler, er det allikevel viktig at teksten ses som en helhet for hvordan sykepleien til pasienten i oppgaven vil utøves.

### **4.1 Viktige forutsetninger for utøvelsen av sykepleie i en stellsituasjon**

Når det kommer til stell av pasienter med Alzheimers sykdom ser vi viktigheten av gode forberedelser. Praksiserfaringer har vist oss at god planlegging av stellet i mange tilfeller vil kunne være avgjørende for resultatet. Herunder er det relevant å være forberedt på hva man bør gjøre i forkant av stellsituasjonen både av praktiske gjøremål og kunnskaper, samt hvordan man skal gå frem i forbindelse med stellet. Brodtkorb (2008) hevder stell til eldre stiller store krav til pleierens kunnskaper og væremåte for å kunne oppnå et godt samarbeid. Vi mener derfor at vi gjennom god planlegging og en bevisstgjøring av våre kunnskaper kan oppnå dette gode samarbeidet med pasienten. Vi ser det også som svært nødvendig å være bevisst, samt begrunne hvorfor vi skal stelle en pasient som i utgangspunktet uttrykker motvilje til dette. Selv ser vi det som mentalt utfordrende å skulle utføre en prosedyre som pasienten tydelig motsetter seg.

Vi ser på pasienten i vår oppgave som en pasient i en ikke-selvhjulpen situasjon på grunn av sin Alzheimers sykdom og de reduserte evnene sykdommen medfører. Kari Martinsen vektlegger i sin teori nettopp sykepleierens ansvar og forpliktelser ovenfor de svakeste svake som befinner seg i en ikke-selvhjulpen situasjon. Her spiller begrepet omsorg en stor rolle. I en pleiesituasjon, samt i sykepleie generelt, ser vi omsorg som sentralt. Martinsen definerer videre omsorg som et grunnleggende fenomen for alle mennesker (Martinsen, 2003). Vi ser det derfor som vår oppgave som sykepleiere å ivareta pasientens personlige hygiene da han selv ikke lenger har evnen til å ivareta den på egenhånd. Vi skal ved hjelp av vår fagkunnskap legge til rette for at pasienten på en så skånsom måte som mulig får hjelp til å ivareta sin personlige hygiene. Da våre kunnskaper som sykepleiere tilsier at pasienten bør vaskes, selv om han ikke ønsker det, må vi kunne begrunne dette med både våre fagkunnskaper og ut fra våre plikter som sykepleiere.

Å være ren og føle velvære har nemlig en stor betydning for både vår psyke så vel som det er et fysisk behov (Dalheim, et al., 2005). I sine studier sier Hem, et al. (2010) at pasientens verdighet knyttes til det å være ren og velstelt, samt å ha et ytre som bærer preg av ivaretakelse. Vi har allikevel i mange tilfeller sett at det å ivareta et rent og velstelt ytre for pasienter med Alzheimers sykdom ofte ikke er så vesentlig. Dette bekreftes av Otterstad, mfl. som hevder at pasientenes kognitive svikt kan være en årsak til at de ikke lenger verken ønsker eller makter å ivareta sitt behov for personlig hygiene (referert i Brodtkorb, 2008). Det er også viktig med kunnskaper om hygiene og konsekvenser som kan oppstå dersom en ikke ivaretar kroppens behov for personlig hygiene. Å inneha disse kunnskapene gjelder like gjerne for pasienter som for helsepersonell. Her ser vi som sykepleiere absolutt utfordringen med å få denne pasientgruppen til å se konsekvensene av dårlig hygiene. Kanskje er det for dem en større konsekvens å måtte gjennomføre vask og dusj. Samtidig viser kunnskap fra studier og praksis at ved å ikke vaske og fjerne avfallsstoffer på huden, vil man utsette pasienten for en stor infeksjonsfare (Stordalen, 2009).

Ved flere tilfeller har vi møtt pasienter med Alzheimers sykdom som har sår. Vi ser her utfordringer i forhold til infeksjonsfare. Dårlig hygiene kombinert med for eksempel avføringsklin vil her kunne gi store konsekvenser for pasientens helse. Dette vil danne grunnlaget

for begrunnelsen for hvorfor vi velger å gjennomføre et stell hvor pasienten motsetter seg dette, og vi ser derfor behovet for vask og skift på pasienten som har urin- og avføringsinkontinens.

I tillegg til de fysiske konsekvensene pasienten opplever ved at vi som sykepleiere ikke hjelper pasienten til å få utført stell ser vi også konsekvenser som sjenanse både for pasienten selv, medpasienter og pårørende. For pårørende vil det også kunne være sårt å se sine familiemedlemmer gå skitne. Å ikke utføre vask av denne pasienten vil dessuten også stride imot våre plikter som sykepleiere. Det står nedfelt i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere at man som sykepleier ”...har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom” (Norsk sykepleieforbund, 2011. s. 8). Målet vårt er ikke å tvinge pasienten til noe han ikke vil, som i denne stellsituasjonen, men allikevel må stellet utføres da våre kunnskaper og plikter som nevnt ovenfor tilsier dette. Det vil derfor være viktig å benytte fagkunnskaper som kan bidra til at pasienten blir medgjørlig og kanskje får en bedre forståelse av situasjonen, slik at stellsituasjonen kan utføres uten bruk av tvang.

Kari Martinsens teori legger nemlig stor vekt på sykepleierens kunnskaper. Disse kunnskapene danner grunnlaget for hvordan vi utøver pleie og omsorg for pasienter. At vi anvender våre kunnskaper er grunnleggende. Martinsen (2003) hevder at vi nettopp på grunn av våre fagkunnskaper er suverene. Videre forklarer hun at det naturligvis er viktig med sykepleielære og medisinske kunnskaper, men at disse kunnskapene også må praktiseres (Martinsen, 2003). Forskning gjort av Jøranson og Hauge (2011) viser at for å utøve demensomsorg, stilles det store krav til blant annet sykepleierens kunnskaper om demens sykdom, samt sykepleierens væremåte og fremtreden i møte med disse pasientene. Forskningen poengterer også at man gjennom øvelser og refleksjon i ettertid, kan bidra til å forbedre kompetansen hos sykepleiere. Vi ser det derfor som svært viktig å inneha gode kunnskaper om hva denne sykdommen medfører for pasientens del, men også hva den betyr for hvordan vi som sykepleiere utøver hjelp og pleie. Som nevnt i teorikapittelet, vil pasienter med Alzheimers sykdom forandre seg etter hvert som sykdommen progredierer. Dette innebærer forandringer i blant annet personlighet og tankemønster. Det vil kunne være vanskelig for en uten kunnskap om sykdommen og forstå hvorfor pasienten handler som han gjør, hvorfor han ikke bryr seg om hygiene og hvorfor han ikke kan se hva som er til sitt eget beste. Dersom vi ikke innehar kunnskaper om dette på forhånd av møtet med pasienten, vil

det være tilfeldig hvordan vi fremtrer og behandler han. Med dette mener vi også hvordan vi opplever motverge og lignende oppførsel fra pasientens side, og hvordan vi forholder oss til denne typen atferd. Pasienten i vår oppgave kan ofte bli aggressiv og få en utagerende atferd i forbindelse med stellsituasjon, noe som er vanlige symptomer som oppstår ved Alzheimers demens. Her vil det være hensiktsmessig å ha kunnskaper om hvordan vi som sykepleiere skal gå frem for først og fremst å hindre at denne typen atferd oppstår, men også hvordan vi kan håndtere pasienten dersom han eksempelvis blir irritabel eller aggressiv.

Gotfredsen (2011) bekrefter i sin forskning at dersom sykepleiere innehar gode kunnskaper om demens sykdommen, er innstilt på å tilpasse seg pasientens behov og evnen til samarbeid, kan dette bidra til en bedret livskvalitet for pasienten med demens sykdom. Med å tilpasse seg pasientens behov, mener vi at vi tilrettelegger vår arbeidsmåte etter pasientens daglige behov. Det er viktig å være klar over at pasientens humør og dagsform kan variere. Dersom vi har gode kunnskaper om pasienten og hans sykdom, samt pasientens autonomi kontra våre plikter som sykepleiere, mener vi at vi først og fremst kan oppnå en bedre forståelse av pasienten og at vi dermed legger et godt grunnlag for stellet. Dermed vil vi ha en bedre mulighet til å tilnærme oss denne pasienten på en slik måte at et tillitsforhold kan oppnås, og et stell kan gjennomføres på en tilfredsstillende måte. Allikevel ser vi det som svært viktig at disse kunnskapene ikke blir brukt til å overstyre pasienten, men at vi ser hver enkelt pasient som et eget individ og at sykepleien blir tilrettelagt hver enkelt. Dette kommer vi tilbake til i neste delkapittel.

Det er ikke bare vi som sykepleiere som skal stelle denne pasienten på sykehjemmet. Det vil også være flere pleiere tilstede, og vi ser derfor viktigheten av at alle pleierne på avdelingen har de samme kunnskapene om denne pasienten. Dette mener vi vil bidra at det opprettholdes kontinuitet i forbindelse med stell og pleie til pasienten. Vi ser at pleien til pasienten med Alzheimers sykdom vil kunne bli varierende, men vi mener at det å opprettholde kontinuitet i pleien av pasienten vil være vesentlig. Med kontinuitet mener vi at det hovedsakelig er de samme pleierne som omgås pasienten, samt at pleien som utøves evalueres og dokumenteres godt. Dette mener vi da vil bidra til at pleien til pasienten kan utføres på tilnærmet lik måte av alle pleierne. På en annen side ser vi utfordringen med dette, da erfaringer fra praksis har vist at det er mange deltidsstillinger og vikarer blant personalet, som vil bidra til lite kontinuitet. Vi ser det som svært

viktig at pleierne snakker godt sammen, samt dokumenter hvordan pasienten har det, hvordan de utfører pleien og kontinuerlig evaluerer dette. På denne måten kan man se hva som best fungerer for denne pasienten, og gjennomføre dette slik at pleien vil være lik fra alle pleierne. Et slikt systematisk arbeid vil dermed kunne sikre god kontinuitet i pleien av pasienten.

Det hevdes av Hem, et al. (2010) at veiledning og faglig refleksjoner blant pleiepersonell på arbeidsstedet er viktige tiltak for å kunne fremme en slik kontinuitet og kvaliteten på pleien som utøves. Samtidig hevder de i sin forskning at dette på sikt kan bidra til å redusere bruken av tvang. Erfaringsmessig har vi selv opplevd at det ofte er mangel på nettopp kontinuitet og refleksjoner på ulike sykehjemsavdelinger. Arbeid utføres ofte forskjellig av ulike pleiere, nettopp på grunn av mangelen på kontinuitet. Dette mener vi i mange tilfeller fører til dårlig og ulik pleie, dårlig overveide avgjørelser, utagering hos pasienten og dermed bruk av tvang. Dette bekreftes i forskning gjort av Kirkevold (2005), som understreker at dårlige overveielser og rutiner ofte bidrar til økt bruk av tvang. Vi har dessuten i praksis sett at mye forskjellig personell kan gi for mange ulike og nye inntrykk hos pasienten, og dermed skape en uro og utrygghet. Dessverre ser man også at det ved mange sykehjem benyttes ufaglært personell, noe som vil kunne være bekymringsverdig i forhold til kunnskap om sykdommen og pleie til pasienten. Ofte innehar ikke ufaglærte nødvendig kunnskap i forhold til de ulike pasientgruppene. Som nevnt tidligere er pasienter med Alzheimer sykdom en pasientgruppe som blant annet krever at man innehar kunnskap om hvorfor de handler som de gjør. Dette kan ses på som en medvirkende årsak til at pleien som utøves gjøres på forskjellig måte, og at pasienten dermed blir usikker og mister kontrollen over situasjonen og behovet for tvang fra personalets side øker.

Helsedirektoratet (2008) presenterer veiledning av helsepersonell som et aktuelt tillitskapende tiltak som kan bidra til at motstand hos pasienten kan unngås. Samme teori bekreftes også av Möhler, et al. (2011) i deres forskning, hvor de viser til gode resultater knyttet til reduksjon av tvang som følge av veiledning av personalet. Veiledningen tok blant annet sikte på å øke personalets kunnskaper om demens sykdom, ulike håndteringsstrategier for utfordrende atferd, informasjon om lovverk knyttet til tvang og ulike prosesser innen beslutningstaking. Etske og juridiske aspekter, samt risikoer og konsekvenser av tvangsbruken var også sentralt. Annen forskning gjort av Huizing et al. (2006) konkluderer for øvrig med at en slik undervisning over

kort tid ikke hadde noen innvirkning på bruken av tvang, men at det på lengre sikt kunne være hensiktsmessig. På tross av dette, velger vi å se på veiledning av helsepersonell som et godt hjelpemiddel, ved at helsepersonell kan få undervisning og veiledning om demens sykdommer, hva dette medfører, og hvordan man på en god måte kan møte denne pasientgruppen for å skape gode relasjoner.

For å kunne utføre stellet med pasienten i denne oppgaven, må vi på forhånd av stellet gjøre det praktisk mulig. Med dette mener vi at vi må tenke over hvordan pasienten kan få forståelsen av hva som kommer til å skje. Som tidligere nevnt, kan pasienter med Alzheimers sykdom reagere på nye omgivelser og det vil kunne bli vanskelig for pasienten å forholde seg til disse ukjente omgivelsene. Samtidig vil pasienten kunne ha vanskeligheter med å orientere seg i forhold til tid og sted (Solheim, 1995). Vi ser her nødvendigheten av ryddige og gjenkjennbare omgivelser rundt pasienten. Ved å legge til rette for et strukturert miljø, vil pasienten lettere få muligheten til å gjenkjenne gjenstander og dermed også muligheten til å føle kontroll over situasjonen. Dette understrekes også av Eide & Eide (2007) som hevder at det å legge til rette for et strukturert miljø rundt pasienten med demens sykdom er svært vesentlig. Det å sikre at pasienten føler kontroll over situasjonen er i følge Gotfredsen (2011) viktig. Vi forstår følelsen av kontroll som en bidragsyter til trygghet for pasienten. Når vi skal vaske og skifte på en pasient med Alzheimers sykdom, ser vi det dermed som viktig med et ryddig bad med tilhørende utstyr som er normalt på et bad. Eksempelvis vil dette være en vask med tannbørste, tannkrem, såpe og klut liggende fremme. Det kan også være vesentlig å ha en dusj og et toalett på badet. Dette kan være med på å bevisstgjøre pasienten på at dette er et bad, slik at han har muligheten til å kjenne seg igjen. I tillegg til dette, vil det være viktig at badet er ryddig og oversiktlig. Dette vil kunne bidra til at pasienten får en større følelse av kontroll over situasjonen og hva som skal skje. Å arbeide i en rolig og god atmosfære vil i følge Eide & Eide (2007) kunne legge grunnlaget for en god arbeidssituasjon, som dermed igjen kan føre til en god utførelse av stellsituasjonen.

## **4.2 Utøvelse av sykepleie i stellsituasjonen**

Ettersom demenssykdommen utvikler seg vil som nevnt mange av pasientene få problemer med å selv utføre daglige gjøremål, herunder også personlig hygiene. Demens ved Alzheimers sykdom



og dens symptomer arter seg ulikt fra pasient til pasient, og vi ser derfor først og fremst viktigheten av at pleie og hjelp til disse pasientene må være individuelt tilrettelagt (Gotfredsen, 2011). Det er videre viktig å være klar over at hjelp til personlig hygiene ofte av mange pasienter kan oppleves som en invasjon av deres personlige sone, noe som igjen kan føre til både verbal og fysisk motstand fra pasientens side. Motstanden kan bunne i både forvirring, uro og mangel på kontroll, samtidig som deres hjelpeløshet forsterkes ved at de ikke lenger selv kan holde fast ved egne behov (Hem, et al. 2010). Det vil være viktig å se at grunnen til motsetning kan være flere. Eksempelvis kan pasienten ha vært utsatt for overgrep tidligere. Det vil selvfølgelig i hovedsak være sykdommen som er årsaken, men vi ser det også som viktig å se pasienten bak sykdommen. Motstanden fra pasienten hevdes videre av Hem, et al. (2010) i mange situasjoner også å kunne forekomme grunnet måten pleien utføres på, heller enn som motstand mot selve stedet. Måten man utfører handlinger på, kan som vi forstår det i mange situasjoner også være avgjørende for hvordan samarbeidet mellom pasienten arter seg. Eksempelvis vil mange pasienter kunne oppfatte det som svært krenkende og uforståelig når vi sykepleiere plutselig tar de med inn på badet for å skifte en buksebleie, som pasienten selv ikke tenker over at lukter. Det er vesentlig å engasjere seg i pasientens opplevelser og være kjent med pasientens tidligere vaner knyttet til personlig hygiene. Ved å ta slike hensyn kan vi om mulig bidra til å opprettholde pasientens følelse av identitet og mening (Brodtkorb, 2008).

Dersom pasienten absolutt ikke ønsker hjelp til skift av bleiebukse og vask, står vi her overfor en etisk utfordring. På den ene siden går vi i mot pasientens ønske, mens på den andre siden utsetter vi som tidligere nevnt pasienten for infeksjonsfare om vi ikke utfører skift og vask. Det vil her kunne være behov for bruk av svak paternalisme. Kari Martinsen hevder i sin teori svak paternalisme oftest kan være det ønskelige, nettopp på grunn av at vi som sykepleiere innehar de nødvendige fagkunnskapene som er til pasientens beste. Til tross for denne teorien ser hun det som svært viktig å være åpen for pasientens inntrykk gjennom en lyttende holdning, slik at pasienten ikke blir oversett (Martinsen, 2003). Vi ser allikevel her relevansen av ikke å overkjøre pasienten med våre avgjørelser basert på våre fagkunnskaper. Selv om Martinsen (2003) som nevnt hevder vi som sykepleiere er suverene grunnet de fagkunnskapene vi innehar, påpeker hun også at pasienten ikke skal føle seg overkjørt.

Det er derfor svært nødvendig at vi som helsepersonell er klar over vår fremtreden og væremåte i den konkrete stellsituasjonen. Praksiserfaring har vist at helsepersonell som blir skremte eller fremstå usikre ofte gjør pasienten mer aggressiv og urolig. Som sykepleiere ser vi derfor viktigheten med å opptre rolig, og ha et kongruent kroppsspråk og stemmeleie. Å ha en rolig stemme og alltid forklare hva som skjer vil være vesentlig, og etter vår mening kunne virke beroligende på pasienten. Vår rolige fremtreden vil kanskje kunne smitte over til pasienten, slik at pasienten lettere kan føle trygghet og kontroll.

”Ord kan lyve, men det spontane kroppsspråket lyver sjelden” (siteret i Solheim, 1995. s.75). Det å være bevisst sitt eget kroppsspråk er svært viktig i møte med pasienten i denne oppgaven. Solheim (1995) fremhever herunder viktigheten av at det verbale og det non-verbale kroppsspråket er i samsvar. Vi må være klar over at det vi sier og det vi uttrykker med kroppsspråket må stemme overens. Da pasienten i vår oppgave ofte har vanskeligheter med å forstå og oppfatte ordets betydning, samt tidvis uttrykke seg, vil det her være desto viktigere at vi er bevisst vårt non-verbale kroppsspråk. Eide & Eide (2007), bekrefter nettopp viktigheten av at vi som sykepleiere er bevisst vårt kroppsspråk. De hevder at blant annet stemmebruk, ansiktsuttrykk og bevegelser er gode kommunikasjonshandlinger som kan benyttes i møte med pasienten. Dersom vi som sykepleiere i stellsituasjonen opptrer stressende og usikre, mener vi pasienten lettere vil kunne plukke opp disse non-verbale tegnene enn hva vi sier verbalt. Dette vil kunne medføre at pasienten blir stresset, urolig eller agitert. For å uttrykke ro, ser vi det som viktig å ta i bruk rolig gange, samt langsomme bevegelser og ha et rolig toneleie. Videre ser vi viktigheten ved å smile og ha en positiv og god holdning til pasienten. Vi må vise pasienten at vi har tid til han. Dersom vi eksempelvis setter oss ned med pasienten, spør hvordan han har det og viser interesse, vil vi vise nettopp dette. Vi mener dette vil kunne gi pasienten følelsen av en rolig atmosfære, samt følelsen av at vi bryr oss. Vårt rolige kroppsspråk vil kunne vise pasienten at vi er avslappet og dermed få han til å stole på oss. Pasienten vil også kunne få mulighet til å føle med på hva som skjer, og dermed føle kontroll over situasjonen. Samtidig ser vi det som vesentlig at det bør unngås at flere pleiere kommer inn, da dette kan være et forstyrrende moment for pasienten.

Det er ikke kun vårt eget kroppsspråk vi må være klar over. Det vil også være svært viktig at vi observerer pasientens nonverbale kommunikasjon. Vi må se etter tegn som kan indikere at pasienten er eksempelvis stresset, urolig, redd eller sint. Dersom man ser pasienten begynner å bli overveldet under stellet, er det lurt å ta en pause slik at pasienten kan få muligheten til å gjenvinne kontroll over situasjonen (Gotfredsen, 2011). Som nevnt kan motstand fra de med demens sykdom komme nettopp av følelsen av mangel på kontroll. Vi ser det videre som viktig at vi som sykepleiere i denne stellsituasjonen kontinuerlig gir pasienten konkret informasjon. Vi ser viktigheten av å rolig forklare pasienten at vi skal hjelpe han, så han får skiftet på og stelt seg. Dette vil kunne bidra til å gi pasienten en følelse av kontroll.

Tiltakene beskrevet ovenfor kan bidra til at pasienten får en god opplevelse av oss som sykepleiere, og dermed kunne føle en tillit til oss. Martinsen (2003) hevder tillit er fundamentalt og elementært i enhver samtale. Vi forstår det derfor som svært viktig at for å oppnå et godt pasient-sykepleier-forhold vil det være vesentlig med tillit mellom oss som sykepleiere og pasienten. Også Hummelvoll (2004) understreker viktigheten av et tillitsforhold mellom pasient og sykepleier, men at en opparbeidelse av et slikt tillitsforhold kan ta tid. Det er her viktig at vi som sykepleiere tar oss god tid til å lytte til pasienten og skaper gode relasjoner. Vi mener videre at dette tillitsforholdet vil kunne bidra til at stellsituasjonen i denne oppgaven vil kunne gi et positivt utfall. Dette i form av at pasienten føler seg godt ivaretatt og respektert, samt at vi unngår å benytte tvang.

Knyttet til relasjonsbygging, kan vi legge til rette for gode samtaler ved å ta oss tid i en ellers travel hverdag og sette oss ned med pasienten i rolige og kjente omgivelser. Dette for at pasienten skal få tid til å ta innover seg informasjon og inntrykk og bli kjent med oss som sykepleiere. Videre er det viktig at vi har en åpen holdning ovenfor pasienten og benytter kommunikasjonsferdigheter for å formidle informasjon. Dette bekreftes også av Eide og Eide (2007), som mener at praktiske ferdigheter som å møte brukerens behov og formidle informasjon er nyttig for å kunne danne et tillitsforhold. Dersom vi ikke benytter oss av våre kunnskaper, kan dette medføre at et tillitsforhold ikke kan opprettes. Dette vil videre kunne føre til et dårlig samarbeid med pasienten, lite refleksjoner fra sykepleierens side og dermed ofte bruk av tvang. Vi ser som nevnt tillit og relasjoner som svært viktig i møte med demens syke. Forskning gjort av

Hem et al. (2010) viser at pleierne i studien la lite fokus på nettopp det å opprette gode relasjoner og dermed et godt samarbeid, men heller fokus på hvordan de ulike handlingene i eksempelvis en pleiesituasjon skulle gjennomføres mulig på den tiden de hadde til rådighet. Gotfredsen (2011) understreker at det for å lettere kunne gjennomføre et samarbeid med pasienten med demens sykdom, er særs avgjørende med nettopp tillit, kontinuitet og kjennskap til ulike kommunikasjonsstrategier.

Vi ser på kommunikasjon som et svært sentralt hjelpemiddel i forhold til arbeid med pasienter med Alzheimers sykdom. Knyttet til kommunikasjon i møte med pasienten i denne oppgaven vil det være hensiktsmessig å inneha kunnskaper om ulike kommunikasjonsteknikker, eksempelvis reminisens, validering og realitetsorientering (Eide & Eide, 2007).

Det er som tidligere nevnt, viktig at man i tillegg til å benytte sin fagkunnskap, benytter ulike tilnæringsmåter for på best mulig måte å kunne gjennomføre en stellsituasjon. Samtidig viser Eide & Eide (2007) til ulike kommunikasjonsteknikker som vil være relevante i møte med pasienten med Alzheimers sykdom. Herunder presenterer de realitetsorientering, validering og reminisens.

Realitetsorientering er som tidligere nevnt en kommunikasjonsteknikk hvor pasienten blir orientert for hvordan situasjonen er her og nå (Eide & Eide, 2007). Med pasienten i denne oppgaven forstår vi det som at vi kan gjøre dette ved å informere pasienten om at det eksempelvis nå er morgen, og at det er tid for å vaske seg og skifte bleiebukse. Det er ikke sikkert pasienten forstår dette, og vi ser det som mulig at pasienten kan si ting som eksempelvis ”Hvorfor trenger jeg det?”, eller ”Jeg har nettopp vasket meg, så jeg trenger ikke vaske meg igjen.” Dersom vi skal bruke realitetsorientering her, vil vi svare pasienten med de faktiske forholdene. Dette innebærer at vi må si til pasienten at det er nødvendig med stell og skift av bleiebukse fordi han er skitten og det er en stund siden sist han hadde stelt seg. Vi ser det også som hensiktsmessig å ha eksempelvis en ukekalender hvor det er tydelig merket hva som skal gjøres for hver dag. Vi har i praksis erfart at dette har fungert med pasienter med ulike demenssykdommer, men ser også at dette avhenger av at pasienten fortsatt har evnen til å forstå hva som står på ukeplanen. For at dette skal fungere så godt som mulig, ser vi viktigheten av at vi skriver tydelig med korte og enkle ord. Dette på grunn av de kognitive symptomene som kan oppstå ved Alzheimers sykdom.

Disse symptomene kan nemlig føre til at pasienten har problemer med å forstå ord og uttrykk (Berentsen, 2008). Solheim (1995) presenterer allikevel en ulempe ved denne metoden, nemlig at pasientens virkelighetsoppfatning blir kritisert, noe som kan gi han en følelse av mindreverdighet. Eide & Eide (2007) hevder videre på sin side at det å lytte til pasienten med demens, samt å prøve å forstå pasientens budskap ofte er mer viktig enn å realitetsorientere. Ut fra disse teoriene vil det kanskje ikke være mest hensiktsmessig å benytte oss av realitetsorientering med pasienten i vår oppgave.

På en annen side kan man forsøke kommunikasjonsmetoden validering. Denne metoden kan på en god måte bidra til å bevare pasientens identitet og selvfølelse. Validering innebærer å møte pasienten der pasienten er følelsesmessig, både når det gjelder tid og sted. Dette vil vise at vi respekterer pasienten og ser hans følelser som gyldige (Solheim, 1995). Dersom pasienten sier han eksempelvis ikke ønsker å stelle seg fordi han vil hjem, ser vi det som viktig å møte pasientenes følelser og ta utgangspunkt i hvor pasienten er følelsesmessig, både i forhold til tid og sted. Å møte pasienten hvor han er i sin virkelighet, bekreftes av Solheim (1995) å kunne være et godt utgangspunkt for å etter hvert lede samtalen over til nåtiden. Vi ser derfor her viktigheten av at vi leder samtalen over på nåtiden, samtidig som vi hele tiden bekrefter pasientens følelser. Det vil videre være viktig at pasienten føler seg ivaretatt og respektert. Dette mener vi vil kunne bidra til opprettelse av en god relasjon, og dermed også et godt samarbeid mellom pasienten og oss som sykepleiere. Ved bruk av valideringsmetoden i kommunikasjonen med pasienten, vil det å stille spørsmål kunne være relevant både for å bekrefte pasientens følelser, og samtidig for å lede samtalen over til nåtiden. Herunder vil det å stille spørsmål om hvem, hva, hvordan være mer relevant enn å stille spørsmål om hvorfor. Når vi stiller spørsmål om hvorfor, vil dette kunne bli svært vanskelig å svare på for pasienten, da dette krever logisk tenkning (ibid.). Funn gjort av Bowlby, Stern & Rogers (referert i Eide & Eide, 2007) viser at validering er en viktig form for anerkjennelse og bekreftende kommunikasjon i møte med eldre med kognitiv svikt.

Den tredje og siste kommunikasjonsmetoden som presenteres av Eide & Eide (2007) er reminisens. Denne metoden går som nevnt ut på at vi benytter oss av pasientens minner i vår kommunikasjon med pasienten. For å kunne bruke denne metoden ser vi det som nødvendig å inneha kunnskaper om blant annet pasientens bakgrunn og livshistorie, samt tidligere vaner. Vi

ser det her som en fordel at vi som sykepleiere har hatt god kjennskap til pasienten over tid. Ved å benytte oss av disse kunnskapene, vil vi gjennom reminisens eksempelvis kunne snakke om pasientens tidligere erfaringer, hendelser og oppgaver. I dette minnearbeidet kan vi benytte oss av alt fra fotografier til pyntegjenstander eller musikk som pasienten kan mimre til (ibid.). Vi mener et slikt minnearbeid kan bidra til å gi oss en bedre forståelse av pasienten og hans fortid. Samtidig mener vi det også kanskje vil kunne bidra til å gi oss en bedre forståelse av hvorfor pasienten ofte motsetter seg hjelp til stell. Kanskje minnearbeidet vil avdekke vonde minner for pasienten, knyttet til stell som gjør at han nå ikke ønsker å stelle seg. Her vil det kunne være relevant å tilrettelegge slik at vi i stor grad prøver å unngå prosedyrer som minner om disse minnene, samtidig som vi til en hver tid forklarer pasienten hva vi gjør. På en annen side kan minnearbeidet avdekke gode minner, og vekke positive følelser hos pasienten. Vi mener at dette kan påvirke hvordan stellet utarter seg. Woods m.fl. (referert i Eide & Eide, 2007) hevder for øvrig at det er usikkert hvor stor glede eldre med store kognitive svekkelser har av et slikt minnearbeid. Pasienter med Alzheimers sykdom husker ofte fortiden bedre enn nåtiden (Hasselbalch & Stokholm, 2011). Vi mener derfor at minnearbeid kan være et mulig og godt tillitskapende tiltak for å oppnå god kommunikasjon mellom pasienten og oss som sykepleiere, og dermed kunne redusere bruken av tvang.

Heap (referert i Eide & Eide, 2007) hevder for øvrig at ”I kommunikasjon med eldre kan man benytte seg av ulike metoder, gjerne i kombinasjon, men mye kan tyde på at hjelperens interesse, kunnskap, empati, omsorg og respekt er det viktigste for å få god kontakt og kunne kommunisere godt” (s. 383). Også praksiserfaringer har vist oss nettopp dette, nemlig viktigheten av respekt, kunnskap, empati og omsorg.

## 5 Konklusjon

I denne oppgaven har vi sett nærmere på hvordan vi som sykepleiere kan unngå bruk av tvang til pasienter med Alzheimers sykdom som motsetter seg stell. For å kunne svare på vår valgte problemstilling har vi funnet, lest og presentert faglitteratur vi mener er relevant knyttet til vår problemstilling. Det å unngå bruk av tvang er et stort tema som omfatter flere medvirkende faktorer, derfor vil det være flere ulike tiltak som kan iverksettes. Allikevel har vi gjennom oppgaven fått en forståelse av at tillitskapende tiltak, i form av kommunikasjon, kunnskaper og sykepleierens fremtreden er fundamentalt.

Vi har gjennom oppgaven vist viktigheten av de kunnskapene vi som sykepleiere må inneha for å kunne opprette et godt forhold til pasienten, og på den måten kunne unngå bruk av tvang i stellsituasjonen. Oppgaven viser at det er svært relevant å inneha gode kunnskaper om pasienten og hans diagnose, samt sykdommens forløp for å kunne få en forståelse om hvorfor pasientens atferd er som den er. Videre viser oppgaven viktigheten av ulike tilnæringsmåter, sykepleierens fremtreden og kommunikasjonsferdigheter, hvor realitetsorientering, validering og reminisens herunder er viktige momenter. Disse kunnskapene gir oss et godt grunnlag for relasjonsbygging med pasienten, noe vi ser på som viktig i en stellsituasjon hvor pasienten ofte kan bli aggressiv. Vi har erfart viktigheten av å se pasienten som et unikt individ, hvor relasjonsbygging og opparbeidelse av et tillitsforhold vil kunne bidra til et godt samarbeid mellom pasienten og oss som sykepleiere. I tillegg har vi gjennom oppgaven belyst viktigheten av kontinuitet i sykepleien da vi mener dette vil bidra til at de tillitskapende tiltakene gir et positivt utfall i stellsituasjonen.

På grunn av sykdommens ulike forløp, samt menneskenes iboende individualitet vil ikke denne oppgaven være en klar fasit på hvordan en unngår tvang hos pasienter hos motsetter seg hjelp til stell. Allikevel har vi gjennom denne oppgaven valgt å belyse ulike tillitskapende tiltak som vi anser som grunnleggende for at man som sykepleier kan bidra til å unngå bruk av tvang.

## 6 Litteraturliste

Andersen, A. E. & Holthe, T. (2005). *Fra sansing til handling*. (2. utg.). Sem: Forlaget Aldring og Helse. \*

Berentsen, V. D. (2008). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (s. 350 – 382). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brinchmann, B. S. (2007). Pliktetikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s. 51 – 61). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Brækhus, A., Dahl, T. E., Engedal, K. & Laake, K. (2009). *Hva er demens?* (4. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse. \*

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

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

Eide, H & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). [Oslo]: Gyldendal Akademisk.

Gotfredsen, K. (2011). Plejepersonalets hjelp til mennesker der lever med demens. I A. Arndal, S. G. Hasselbalch & A. Lolk (Red.), *Forstå demens* (2. utg., s. 143 - 152). København: Hans Reitzels Forlag. \*



Hasselbalch, S.G. & Stokholm, J. (2011). Demenssygdomme. I A. Arndal, S. G. Hasselbalch & A. Lolk (Red.), *Forstå demens* (2. utg., s. 53 – 80). København: Hans Reitzels Forlag. \*

Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Demensplan 2015 "den gode dagen": revidert handlingsprogram for perioden 2012-2015*. Oslo: Departementet. Lokalisert 11.04.12 på: [http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan\\_2015/Demensplan2015.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan_2015/Demensplan2015.pdf)\*

Helsedirektoratet. (2008, oktober). *Lov om pasientrettigheter kapittel 4 A – Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen*. (Rundskriv IS-10/2008). Oslo: Direktoratet. \*

Hem, M. H., Gjerberg, E., Pedersen, R. & Førde, R. (2010). Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang. *Sykepleien Forskning*, 5(4):294-301 doi: 10.4220/sykepleienf.2011.0007 \*

Huizing, A. R., Hamers, J. PH., Gulpers, M. JM. & Berger, M. PF. (2006). Short-term effects of an educational intervention on physical restraint use: a cluster randomized trial. *BMC Geriatr*, 2006; 6: 17. doi: 10.1186/1471-2318-6-17 \*

Hummelvoll, J.K. (2004). *Helt – ikke stykkevis og del, psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (6.utg.). [Oslo]: Gyldendal Akademisk.

Jakobsen, R. (2007). *Ikke alle vil spille bingo*. Bergen: Fagbokforlaget. \*

Jøranson, N. & Hauge, S. (2011). Hvordan Dementia Care Mapping kan påvirke pleiekulturen i en sykehjemsavdeling. *Sykepleien Forskning*, 6(4):376-382 doi: 10.4220/sykepleienf.2011.0187 \*

Kirkevold, M. (1995). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Aurskog: Ad Notam Gyldendal \*

Kirkevold, Ø. (2005). Bruk av tvang i sykehjem. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 125: 1346-8. \*

Kristoffersen, N.J. (2005) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie – bind 4* (s. 13 – 99). Oslo: Gyldendal Akademisk

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. (2. utg.). [Oslo]: Universitetsforlaget. \*

Möhler, R., Richter, T., Köpke, S. & Meyer, G. (2011). Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care (Review). *The Cochrane Collaboration*. Doi: 10.1002/14651858.CD007546.pub2 \*

Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Lokalisert 11.04.12 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., Graverholdt, B. & Reinart, L. M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk \*

Snoek, J.E. & Engedal, K. (2008). *Psykisatri – kunnskap, forståelse, utfordringer*. (3. utg.). [Oslo]: Akribe.

Solheim, K. (1995). *Omsorg for aldersdemente i institusjon*. Otta: TANO. \*

Stordalen, J. (2009). *Den usynlige fare – Smittevern og hygiene* (4. utg.). [Bergen]: Fagbokforlaget.

## Vedlegg 1 – Analyse av forskning

	<b>Forfattere, tittel, år</b>	<b>Studiens formål</b>	<b>Studiedesign; type studie (Kvalitativ/kvantitativ)</b>	<b>Deltakere, antall, kjønn, alder</b>	<b>Vurdering av relevans: skala (1-5) begrunnelse med ord</b>
1	Hem, M.H., Gjerberg, E., Pedersen, R. & Førde, R. "Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang" – 2010.	Hensikten med studien er å beskrive ulike typiske situasjoner som utspiller seg når pleie og omsorg gis til personer med demens sykdom som motsetter seg hjelp.	Kvalitativ studie. Det ble brukt 11 fokusgruppeintervjuer, hvor materialet ble analysert i flere trinn og sammenlignet for å se etter felles erfaringer og meninger.	60 pleiere ved fem sykehjem deltok i studien.	5. Artikkelen er svært relevant da den viser til utfordrende situasjoner og ulike løsninger og tiltak som kan iverksettes når pasienter motsetter seg stell, og dermed redusere bruken av tvang. Artikkelen gir oss gode og konkrete pleieerfaringer.

	<b>Forfattere, tittel, år</b>	<b>Studiens formål</b>	<b>Studiedesign; type studie (Kvalitativ/kvantitativ)</b>	<b>Deltakere, antall, kjønn, alder</b>	<b>Vurdering av relevans: skala (1-5) begrunnelse med ord</b>
2	Kirkevold, Ø. "Bruk av tvang i sykehjem". - 2005	Å beskrive årsaker til bruk av tvang i sykehjem, samt hvilken type tvang som blir benyttet ovenfor hvilke pasientgrupper.	Kvalitativ studie, hvor det ble brukt intervju som data-innsamlingsmetode.	Primærpleiere til 1 926 sykehjemspasienter deltok i studien.	2. Artikkelen gir oss gode og relevante tall og statistikk knyttet til tvangsbruk i sykehjem.

	<b>Forfattere, tittel, år</b>	<b>Studiens formål</b>	<b>Studiedesign; type studie (Kvalitativ/kvantitativ)</b>	<b>Deltakere, antall, kjønn, alder</b>	<b>Vurdering av relevans: skala (1-5) begrunnelse med ord</b>
3	Jøranson, N. & Hauge, S. ” Hvordan Dementia Care Mapping kan påvirke pleiekulturen i en sykehjemsavdeling”. – 2011.	Å utforske og beskrive personalerfaringer i forbindelse med bruk av kartleggingsverktøyet ”Dementia mapping care”.	Kvalitativ studie, hvor det ble benyttet to fokusgruppeintervjuer som datainnsamlingsmetode.	Ni deltakende pleiere fra samme avdeling på ett sykehjem, fordelt på 2 fokusgrupper.	4. Gir oss gode pleierfaringer fra konkrete situasjoner som kan påvirke kvaliteten i demensomsorgen som utøves. Minuset ved artikkelen er at vi kun ser det fra pleiernes side. Vi synes allikevel artikkelen er svært relevant.

	<b>Forfattere, tittel, år</b>	<b>Studiens formål</b>	<b>Studiedesign; type studie (Kvalitativ/kvantitativ)</b>	<b>Deltakere, antall, kjønn, alder</b>	<b>Vurdering av relevans: skala (1-5) begrunnelse med ord</b>
4	Huizing, A.R., Hamers, J.P.H., Gulpers, M.J.M. & Berger, M.P.F. ”Short-term effects of an educational intervention on physical restraint use: a cluster randomized trial”. - 2006	Studien bygger på hypotesen om at tvang fortsatt blir hyppig brukt i sykehjem, på tross av økt kunnskap om ineffektiviteten og negative konsekvenser av tvangsbruken. Hensikten med studien er å undersøke de kortvarige effektene av intervensjoner, i form av undervisning om tvangsbruk i sykehjem.	Kvalitativ studie.  Deltakerne ble delt i to hovedgrupper, hvor den ene gruppen mottok undervisning om tvang, mens den andre gruppen utøvde vanlig pleie til pasientene og deltok ikke på noen undervisning.	Pleierne til 167 sykehjemsbeboere fordelt på fem skjærmede avdelinger på ett sykehjem deltok i studien.	3. Denne nederlandske artikkelen viser til gode resultater knyttet til undervisning av pleiepersonell i beslutningstaking, samt effektene og konsekvensene av bruk av tvang. Dette er ganske relevant for vår oppgave og problemstilling.

	<b>Forfattere, tittel, år</b>	<b>Studiens formål</b>	<b>Studiedesign; type studie (Kvalitativ/kvantitativ)</b>	<b>Deltakere, antall, kjønn, alder</b>	<b>Vurdering av relevans: skala (1-5) begrunnelse med ord</b>
5	Möhler, R., Richter, T., Köpke, S. & Meyer, G. ”Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care (Review). - 2011	Studiens formål er å evaluere effekten av ulike intervensjoner for å unngå, samt redusere bruken av tvang hos sykehjemspasienter med behov for langvarig pleie.	Oversiktsartikkel hvor de benytter både kvalitativ og kvantitativ forskning.	Grunnet all den ulike forskning de har anvendt, er det vanskelig å si noe konkret om antall deltakere i studiene.	4. Artikkelen oppsummerer og viser til flere ulike metoder som er brukt for å unngå bruk av tvang ovenfor sykehjemspasienter. Herunder presenterer de gode beskrivelser knyttet til eksempelvis veiledning av helsepersonell. Vi ser artikkelen som relevant for vår oppgave.