



Høgskolen i **Hedmark**

Elverum
Helse – og idrettsfag
4AVS304

Ida S. Borgen og Ann Margit Skinnehaugen
Liv Ødbehr

Bruk av tvang overfor personer med demens

Use of coercion against persons with dementia

Bachelor i sykepleie Kull 121

2012

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Livets høst

Jeg er lik et tre!

Lik treet ble jeg også til ved et frø.

Lik treet fikk jeg mange sår, men vokste videre,
mer motstandsdyktig, mer hårdhudet, men også myk.

Lik treet fikk jeg også rynker etter hvert.

Lik treet om høsten mister jeg nå blader.

Blader som forteller hvem jeg er, hva jeg er,
erfaringer jeg har gjort, viten, hvem jeg er glad i.
Lik treet om høsten, føler jeg meg også tom, ribbet,
fattig, uten blader.

Livet mitt ”faller av”.

Uten blader, intet liv, sier du vel.

Men de som ser meg, kjenner meg.

Vit at som treet gjemmer på livskilden i sitt indre,
har også jeg en livskraft, et hjerte som føler.

Jeg blir fortsatt glad, redd, sint, trist.

Jeg føler og lever, men kun i øyeblikket.

Der ligger forskjellen på deg og meg.

Vær så snill, øyeblikket er det eneste jeg har.

Del det med meg

Dikt av Kirsti Solheim: Treet, bladene og den demente

Innhold

1. Innledning.....	4
1.1 Begrunnelse for valg av tema og oppgavens hensikt	5
1.2 Presentasjon av problemstilling	5
1.3 Avgrensing og presisering av problemstillingen	6
1.4 Oppgavens oppbygging	7
1.5 Hvorfor er temaet relevant for sykepleiere?	7
2. METODE	8
2.1 Litteraturstudie som metode	8
2.1.1 Styrker og svakheter ved litteraturstudie som kvalitativ metode	9
2.2 Database og søkeord.....	9
2.3 Presentasjon av litteratur og kildekritikk.....	10
2.3.1 Etske overveielser	11
3. TEORI	12
3.1 Hva er demens?	12
3.1.1 Symptomer og utvikling av demens	13
3.2 Autonomi og paternalisme	14
3.3 Bruk av tvang	15
3.4 Omsorg uten bruk av tvang	16
3.4.1 Tillitskapende tiltak.....	17
3.4.2 Verdighet og livskvalitet	19
3.5 Marte Meo	20
4. Drøftning	23
4.1 Vurdering av samtykkekompetanse og motstand.....	23
4.2 Omsorg uten bruk av tvang	25
4.3 Marte Meo-veiledning.....	28
5. Konklusjon	30
LITTERATURLISTE.....	31
Vedlegg 1	34
Vedlegg 2	35
Vedlegg 3	37

1. Innledning

I følge rapporter og undersøkelser foregår det bruk av tvang i omsorgen for personer med demens (Johnsen & Smebye, 2008). Det finnes ca 66 000 personer med demens i Norge i dag, og Rokstad (2008) skriver at det er forventet en kraftig vekst i antall eldre over 80 år i årene fremover. Det vil føre til at antall personer med demens vil være fordoblet til ca 135 000 innen 2040. Johnsen og Smebye (2008, s. 208) skriver at dette skaper mange problemfylte situasjoner og dilemmaer for sykepleiere, og situasjonene blir vesentlig forsterket for personen. Ofte begrunnes det med at det er til personens beste i tilfeller hvor tvang er blitt benyttet (Johnsen & Smebye, 2008, s. 208). Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) omhandler Demensplan 2015, som er en delplan til Omsorgsplan 2015. Her beskrives de langsiktige utfordringene de kommunale omsorgstjenestene står ovenfor og angir både strategier og konkrete tiltak frem til 2015. Omsorgsplan 2015 oppsummerer tiltakene i Stortingsmeldingen, og retter hovedfokus mot blant annet nytt investeringstilskudd til sykehjem, omsorgsboliger og ny kompetanse- og rekrutteringsplan; Demensplan 2015. Denne planen skal bidra til å målrette Omsorgsplanens generelle virkemidler, og tiltakene for å bedre demensomsorgen må derfor sees i sammenheng med omsorgsplanens øvrige hovedsatsingsområder. I forhold til samhandlingsreformen ligger tyngden på hver enkelt kommune i forhold til å sikre god kvalitet av de helsetjenester som ytes. Målet er at demensomsorgen i størst mulig grad skal være en integrert del av helhetlige helse- og sosialtilbudet i kommunen og spesialhelsetjenesten (St.meld. nr 25).

Kapittel 4A i lov om pasientrettigheter i Pasientrettighetsloven (1999), har som formål at det skal ytes nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade, samt forebygge og begrense bruk av tvang. I § 4A-3 stiller loven krav til at tillitskapende tiltak skal ha vært prøvd ut før man bruker tvang (Pasientrettighetsloven, 1999). I forhold til dette vil vi drøfte hvordan tillitskapende tiltak og anvendelse av Marte Meo-veiledning kan forhindre bruk av tvang i sykepleien til pasienter med demens.

1.1 Begrunnelse for valg av tema og oppgavens hensikt

Grunnen til at vi har valgt dette temaet, er først og fremst at vi begge gjennom ulike praksisperioder har tilegnet oss en del erfaringer innen etikk og etiske dilemmaer, og gjennom refleksjon lært oss selv bedre å kjenne og blitt bevisst våre holdninger. Praksiserfaring fra sykehjem og hjemmebasert har gitt oss et innblikk i hvordan bemanning og personalets interesse innenfor geriatrisk sykepleie og demensomsorg kan ha hatt en innvirkning på bruken av tvang, og vi vil derfor se om vi kan finne forskning og faglitteratur som enten kan bekrefte alle avbekreftede disse observasjonene. Vi er interessert i å finne ut om vi som sykepleiere kan benytte oss av ulike tilnæringsmetoder som kan ha en positiv innvirkning på pasientens livskvalitet og verdighet uten bruk av tvang. Vi opplever denne pasientgruppen som en sårbar gruppe, da de sjelden evner å gi uttrykk for sine behov. Mæhlum (2005) skriver i sin master studie at pasienter med demens oppleves som personer med et endret liv, der sårbarheten er knyttet til konsekvensene av sykdommen (Mæhlum, 2005, s. 67). Hensikten med oppgaven er å lære hvordan Marte meo-veiledning og tillitskapende tiltak kan bidra til å redusere bruken av tvang i sykepleien til pasienter med demens i sykehjem, og tillegge oss kunnskap og hvordan bruken av disse metodene kan føre til økt refleksjon og bevisstgjøring i forhold til egne holdninger og handlinger innenfor sykepleie. På grunnlag av eventuelle funn kan vi som sykepleiere videreføre denne kunnskapen til fremtidige kollegaer ved å oppfordre til systematisk etikkarbeid og som fremtidige sykepleiere bidra til økt kvalitet på helsetjenestene.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Sykdommen demens angriper hjernen som gjør at du på sikt mister oversikten over deg selv og dine behov, gjør at det er vanskelig å ta vare på seg selv og ta egne beslutninger. På sikt vil mye av den du var forsvinne hen (Rokstad, 2008). I følge forskningsartikkelen til Hem, Gjerberg, Pedersen og Førde (2010) opplyser de at enkelte ganger er ikke pasienten i stand til å gjøre det som er til det beste for seg selv, derfor har man et helsepersonell som skal være der for og hjelpe pasienten igjennom hverdagen. Mange av de tingene som gjøres for pasientens beste, kan oppleves krenkende og ubehagelig for pasienten og derfor kan pasienten stritte imot det som blir gjort, og det da blir utført tvang av helsepersonell. Grensene mellom frivillighet og tvang er ofte uklare (ibid). Som sykepleier og helsepersonell ser vi behovet for at de skal ha kunnskap om det å unngå at det blir utført nettopp tvang, at det finnes andre måter å løse

problemene på en utøvelse av tvang. Vi har derfor valgt å formulere problemstillingen vår slik:

Hvordan kan sykepleiere redusere bruken av tvang til pasienter med demens i sykehjem, som motsetter seg helsehjelp?

1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen

På grunn av oppgavens omfang, har vi valgt å ta utgangspunkt i pasienter med demens i sykehjem. Videre skriver vi generelt om bruk av tvang, da vi har som hovedfokus å finne svar på hvordan vi kan utøve sykepleie ved bruk av tillitskapende tiltak og Marte Meo-veiledning. Vi synes det er spennende å se at det er måter man kan redusere og unngå bruken av tvang på, og dette er noe som vi ønsker at det hadde vært mer fokus på i praksisen vi har hatt.

Vi har unnlatt å beskrive personens pårørende som en ressurs, da dette blir for stort, men vi synes det er et meget relevant tema. Videre har vi, på grunn av tiden og antall ord vi har til rådighet, unnlatt å skrive om etikk og etisk dilemma. Dette kan føre til at vi ikke får den dybden vi ønsker i vår besvarelse.

Gjennom forskning og litteratur har vi sett at det skrives og forskes mye på demens og håper at det blir vektlagt på at det skal øke kunnskap om hvordan unngå bruken av tvang.

Vi har valgt å bruke sykepleieteoretiker Kari Martinsen (2003) omsorgsteori i oppgaven. Hennes tenkning om sykepleie og fokuset omsorg mener vi er nødvendig i møte med en hvilken som helst pasient, men særdeles viktig for pasienter med demens, som er i en sårbar situasjon. Kitwood (1999) har skrevet om Dementia care mapping, dette er en metode som skal være med på å evaluere kvalitet i formelle sammenheng. Den er basert på et seriøst forsøk på det å sette seg inn i pasienter med demens sin virkelighet. Dette ser vi på som utrolig spennende, men for at oppgaven vår ikke skulle bli alt for stor måtte vi spisse teorien mot Marte Meo som en løsning for å unngå tvang.

1.4 Oppgavens oppbygging

Etter innledningen har vi delt oppgaven inn i 3 hoveddeler som består av en metodedel, en teoridel og en drøftningsdel. I metodedelen kommer det frem hvilken metode vi har valgt å bruke og begrunnelse for dette. Vi har også tatt med hvordan vi har gått frem for å innhente litteratur til oppgaven og presentert våre valg av kilder og kildekritikk. Teoridelen tar for seg generell teori om demens og lenger ut i oppgaven vil vi gå nærmere inn på tillitskapende tiltak og Marte Meo-veiledningen. I teoridelen vil vi skrive om Kari Martinsen's (2003) omsorgsteori, som er en kjent norsk sykepleierteoretiker. Den britiske sosialpsykologen Tom Kitwood (1999) oppfattelse av demenssykdom vil også belyses der. I drøftningsdelen vil vi drøfte problemstillingen vår opp mot teorien og forskning som er gjort, og samtidig komme med egne synspunkter. Til slutt i oppgaven vil vi gi en konklusjon på vår problemstilling.

1.5 Hvorfor er temaet relevant for sykepleiere?

Vi mener temaet tvang i forbindelse med pasienter med demens er høyst relevant for sykepleiere, da vi gjennom praksiserfaring har observert flere tilfeller i ulike situasjoner, eksempelvis der pasienten motsetter seg hjelp til stell eller nekter å innta medisiner. Ved å se på Sykepleiens grunnlag og yrkesetiske retningslinjer (2011), er det relativt enkelt å forstå at sykepleiere ofte opplever etiske dilemmaer. I følge fagartikkelen av Bergland, Vibe og Martinussen (2010) kom det frem i et intervju at sykepleiere savnet anerkjennelse og tydeliggjøring av sykepleierrollen, samt mulighet for faglig utvikling. Sykepleierne følte det var for liten tid til å fokusere på sykepleiefaglige oppgaver i avdelingen. Derfor mener vi det er desto viktigere å rette fokus mot de enkle og positive tiltakene som faktisk kan gjennomføres med enkle grep og rett innstilling, slik at det kan bidra til å høyne statusen for sykepleiere som arbeider ved sykehjem.

2. METODE

”Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Begrunnelse for å velge bestemt metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte” (Dalland, 2007, s. 83).

”Metoden hjelper oss til å samle inn *data*, det vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår” (Dalland, 2007, s. 83). Gjennom denne oppgaven gjøres en litteraturstudie, hvor vi beskriver hvordan vi har gått frem for å finne relevant litteratur slik at tema kan belyses og problemstillingen besvares (Dalland, 2007). For å finne underbyggende litteratur til oppgaven har vi brukt pensumlitteratur og annen selvvalgt litteratur for å peile oss inn på tema, deretter søkte vi etter fag- og forskningsartikler som kunne bidra til den nyeste og oppdaterte kunnskapen om temaet. Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt og Reinart (2007) skriver at *forskningsdesign* [egen kursiv] viser til hvilken metode som brukes i forskning for å finne svar på et spørsmål. Spørsmålet som stilles legger rammene for hva som er en god metode eller design, og på den måten vil spørsmålet bestemme hvilken metode som bør brukes i forskningen. Valg av forskningsdesign kan baseres på valg av kjernespørsmål. Eksempel på kjernespørsmål kan være ”*Hvordan oppleves det?*”, ”*Hva er det som gjør at det virker?*”, samt ”*Hvorfor?*”[egen kursiv]. Dette er spørsmål som er knyttet til subjektiv og helhetlig forståelse av mennesker og deres opplevelser. På bakgrunn av disse kjerne-spørsmålene vil kunnskapen vise seg i erfaringer og holdninger. Foretrukket forsknings-metode vil dermed være kvalitative metoder. Ved bruk av denne metoden undersøkes subjektive erfaringer, opplevelser og holdninger. Datasamlingen i kvalitative forsknings-metoder baseres hovedsakelig på intervju eller observasjon, som for eksempel en fenomenologisk tilnærming, og bruker dermed ikke-statistiske metoder for analyse (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinart, 2007, s. 34-74).

2.1 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven skal utføres som en litteraturstudie. Denne formen for studie kan brukes både ved kvalitativ og kvantitativ metode. I denne oppgaven skal det vektlegges å bruke kvalitativ metode. Litteraturstudier brukes ofte som bakgrunn for hovedoppgaver og skal inneholde

bakgrunn, formål, spørsmålsstillinger og innsamlingsmetode (Olsson & Sörensen, 2003). Forsberg og Wengstrøm (2008) beskriver en litteraturstudie som å systematisk søke, vurderende granske, samt avkorte litteratur innenfor et tema eller problemområde. I en litteraturstudie skal man sette artiklene man innhenter i dialog med den allerede eksisterende bakgrunns litteraturen (Olsson & Sörensen, 2003). ”Empiri betyr kunnskap som er bygd på erfaring” (Dalland, 2007, s.89).

2.1.1 Styrker og svakheter ved litteraturstudie som kvalitativ metode

Ved å bruke litteraturstudie som metode innhentes data fra eksisterende litteratur. Ved en slik metode får vi tilgang til mengder av materiale. Vi kan på den måten få en dybdeinnsikt i, og tilegne oss flere meninger om det valgte tema (Dalland, 2007). Ved at det brukes eksisterende forskning vil oppgaven være etisk forsvarlig. Vi har ikke foretatt intervjuer og dermed stiller ikke oppgaven krav til taushetsplikt samt andre etiske spørsmål (ibid).

Innhenting av relevant forskning av nyere data kan vise seg vanskelig. I denne forbindelse trengs relativ god kunnskap om de ulike søkedatabasene slik at søkene blir effektive og gir resultater. I en litteraturstudie velger en selv ut den litteraturen som blir brukt. På den måten kan en ”forme” oppgaven slik det er ønskelig. Det er også en fare for tolkning av brukte artikler. I en oversettelse fra engelsk til norsk kan poenger misforstås, slik at forfatterens intensjon blir endret. Med tanke på dette er det viktig å være konsekvent med kildehenvisning. Dette gir også leseren en kvalitetssikring om at anvendt teori har et opphav (Dalland, 2007).

2.2 Database og søkeord

Vi har valgt å benytte 5 forskningsartikler for å styrke drøftingsdelen vår. Artiklene er forskningsartikler fra anerkjente tidsskrifter (Vedlegg 3). Vi startet søket i SweMed+ og fikk 114 treff på ”coercion”. Ut ifra de artiklene vi fant interessante, fikk vi ikke opp noen av dem i fulltext, men det var opplyst at de var blitt publisert på sykepleien.no. Vi gikk derfor inn på denne siden og søkte på ”bruk av tvang”. Der fikk vi 10 treff, og valgte å benytte tre av dem. Den første forskningsartikkelen er en artikkel som omhandler bevissthet og alternativer til

tvang. Denne forskningsartikkelen tar for seg tvangsproblematikken, skrevet av Hem, Gjerberg, Pedersen og Førde (2010). *Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang*. Den andre forskningsartikkelen tar for seg håndtering av vanskelige og etiske utfordringer, og setter fokus på å bedre kvaliteten på helsepersonell, og er skrevet av Bollig, Pedersen og Førde (2009). *Etikk i sykehjem og hjemmetjenester*. Forskningsartikkelen skrevet av Hansen og Ytrehus (2011), tar for seg hvordan Marte Meo-metoden kan øke bevisstgjøring og refleksjon av personalet. *Hvordan påvirker Marte meo-veiledning personalets opplevelse av egen mestring i demensomsorgen?* Vi har også valg en forskningsartikkel som belyser bruken av tvang i sykehjem av Kirkevold (2005). *Bruk av tvang i sykehjem*. Den siste forskningsartikkelen vi har valgt å ta med er *Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen - Pleieres perspektiv*, skrevet av Rognstad og Nåden (2011). Denne artikkelen beskriver hvordan personalet opplever arbeidssituasjonen når de møter pasienter med demenssykdom og utagerende atferd. Vi har også valgt å ta med en masteroppgave, Mæhlum (2005), for å underbygge vår påstand om at vi opplever pasienter med demens som en sårbar gruppe. For å underbygge vår påstand om at sykepleiere ofte velger vekk geriatri som arena for videre karriere, benyttet vi en fagartikkel skrevet av Bergland, Vibe og Martinussen (2010).

2.3 Presentasjon av litteratur og kildekritikk

Dalland (2007) skriver at ved å være kritisk til anvendt litteratur viser vi at vi forholder oss kritisk til det kildematerialet som blir brukt i oppgaven. Leseren av oppgaven får en oversikt over litteratur som er tilgjengelig og hva som er vektlagt som kriterier under utvelgelsen. I en litteraturstudie brukes som nevnt allerede eksisterende litteratur. For å gi leseren del i de refleksjonene vi har gjort oss, samt hvilken relevans og gyldighet litteraturen har for vår problemstilling, må den valgte litteraturen vurderes og karakteriseres (Dalland, 2007, s. 72). Dalland (2007, s. 50) skriver at metodene skal gi *troverdig kunnskap*, og da er det avgjørende at kravene til *reabilitet* og *validitet* er oppfylt. Reabilitet betyr pålitelighet, mens validitet betyr relevans og gyldighet. Beskrivelse av tilgangen på litteratur kan gi en oversikt over hvorvidt det aktuelle emnet er grundig og omfattende kartlagt. Ved innhenting og vurdering av litteratur skal det så godt som mulig vurderes i hvilken grad de teoriene og forskningsresultatene som er funnet, kan brukes til å beskrive valgt problemstilling (Dalland, 2007).

Stadig nyere forskning i et raskt voksende fagfelt gjør at vi må stille oss kritisk til bruk av foreldet litteratur. Målet må være å fortrinnsvis bruke litteratur som ikke er mer enn 10 år gammel. Det er også grunn til å stille seg kritisk til litteratur som er sekundærlitteratur. Teksten er da bearbeidet og presentert av en annen enn den opprinnelige forfatteren. Følgene av dette er at det kan forekomme fortolkninger slik at tekstens opprinnelige perspektiv kan ha endret seg (ibid).

Dette tok vi hovedsakelig høyde for ved søk av forsknings- og faglitteratur. Vi valgte å ikke være like ekskluderende ved bruk av bøker da disse var av relevans for oppgaven vår, til tross for at de er av eldre årgang. Primærlitteratur, som bøker av Martinsen (2003) og Kitwood (1999), er bøker vi har valgt å bruke til tross for eldre årgang, da denne tenkningen er like aktuell i dag som da bøkene ble skrevet. Ved bruk av sekundærlitteratur har vi vært nøye med å henvise til det som forfatteren skrev, og påpasselige med at vi ikke har tolket litteraturen ytterligere.

Vi har brukt selvvalgt litteratur og faglitteratur fra pensumsbøker, for å svare på problemstillingen. Selvvalgt litteratur er på 280 sider. Den selvvalgte litteraturen er Rokstad og Smebye (2008). Den har vi brukt mye og det er her vi fant mye relevant faglitteratur om Marte Meo metoden. Drivdal Berentsen (2008). Kitwood (1999) har også skrevet om Dementia care mapping dette er en ny metode som skal være med på å evaluere kvalitet i formelle sammenheng. Den er basert på et seriøst forsøk på det å sette seg inn i pasienter med demens sin virkelighet. Dette ser vi på som utrolig spennende, men for at oppgaven vår ikke skulle bli alt for stor måtte vi spisse teorien mot Marte Meo som en løsning for å unngå tvang. Kirkevold (1998). Martinsen (2003) Vi har i løpet av denne perioden vi har jobbet med litteraturen fått en større forståelse og interesse for hvordan det finnes flere metoder å behandle pasienter som lider av sykdommen demens, og blitt veldig engasjert i hvordan man kan endre tankegangen slik at man kan finne løsninger i faglitteratur som finnes rundt temaet. For å kunne svare på methodedelen, har vi benyttet oss av Olsson og Sørensen (2003) og Forsberg og Wengström (2008), i tillegg til Dalland (2007) som er pensumlitteratur.

2.3.1 Ethiske overveielser

Som nevnt er denne oppgaven basert på en litteraturstudie og det stilles dermed ingen krav til anonymisering, konfidensialitet og taushetsplikt av utvalget for vår del (Olsson & Sørensen, 2003). Dette er gjort av forfatter(e) av artiklene. Det finnes flere forskningsetiske komiteer som skal sikre ivaretagelse av disse faktorene under en forskning. Helsinkideklarasjonen er internasjonalt anerkjent som etiske retningslinjer for medisinsk forskning. Tilsvarende komiteer for medisinsk forskning finnes også i Norge (Olsson & Sørensen, 2003).

Ved bruk av litteraturstudie som metode må vi forsikre oss om at anvendte artikler har gjennomgått etisk godkjenning. I arbeidet med en litteraturstudie er det viktig å gjøre de etiske overveielserne som er aktuelle. Det innebærer blant annet å gjengi sitater og referanse rett, og å oppgi navnet til forfatteren der hans eller hennes meninger blir uttrykt. Dette gjøres for å hindre fare for plagiering (Olsson & Sørensen, 2003).

3. TEORI

Tidligere trodde man at pasienter med demens manglet sykdomsinnsikt, men i løpet av de siste tjue årene har det skjedd store forandringer i hvordan vi som sykepleiere og helsepersonell betrakter pasienter med demens. Det er i dag mer korrekt å si ”personer med demens” enn ”demente”. Til tross for at det foreligger en hjerneskade med kognitiv svikt hos pasienter med demens, kan allikevel pasienten ha bevart sin identitet og sine personlige egenskaper (Smebye, 2008, s. 13).

3.1 Hva er demens?

Demens er definert som:

et syndrom som skyldes sykdommer etter skader som primært påvirker hjernen, som vanligvis er av en kronisk eller progressiv karakter, kjennetegnet ved svikt i en rekke høyere kortikale funksjoner som hukommelse, orientering, evne til å oppfatte og tenke, innlæring, språk, regning og dømmekraft. Den kognitive svikten er ledsaget av svikt i emosjonell kontroll, sosial atferd, endret personlighet eller motivasjon

(Engedal & Haugen, 2009, s. 16).

Rokstad og Smebye (2008) skriver at demens er en sykdom som stort sett rammer personer i høy alder, og er et samlebegrep på en gruppe ervervede hjernesykdommer. Pasienten kan endre personligheten fra og for eksempel være veldig opptatt av hygiene til ikke å ville vaske seg. Det å klare seg i dagliglivet blir vanskeligere. Sykdommen er ikke kurativ og vil med tiden forverres. Så på sikt vil pasienten bli mer og mer pleietrengende. Det som skjer er at hjernecellene vil dø. For å kunne diagnostisere personen som misstenkes for å ha utviklet demens er via internasjonale klassifikasjonssystemet ICD-10.

De sykdommene som gir demens deles inn i degenerative hjernesykdommer, vaskulær demens og sekundær demens (se vedlegg 1) (Rokstad & Smebye, 2008).

3.1.1 Symptomer og utvikling av demens

Sykdommen utvikler seg forskjellig, det er noen som kan leve med denne sykdommen i opp til 20 år mens hos andre kan døden inntre tidligere. Sykdommen er delt inn i 3 grader, mild demens, da vil pasienten merke forandringer som vil gjøre endringer i hverdagen, men vil kunne klare å håndtere hverdagen om der blir satt til verk gode rutiner. Ved den moderate graden vil sykdommen bli merkbart forverret og det blir enda større behov for tilrettelegging og veiledning og den kognitive svikten vil gjøre det vanskeligere for pasienten å kunne takle å leve et tilsynelatende normalt liv. Da den alvorlige graden av demens er i full blomst at pasienten kan oppleve en hjelpeløshet og vil ikke kunne klare seg alene og vil ha behov for omsorg og tilsyn hele døgnet (Rokstad & Smebye, 2008).

De symptomene som er fremtredende er den kognitive funksjonen personen har, adferden den viser og motorikken, men det er også viktig å vite at det alltid vil være forskjeller. Dette fordi vi er forskjellige individer, og det varierer på hvilken type demens pasienten har og i hvilken grad demens utviklingen er i. Når det er snakk om kognitiv svikt så tenker man på at pasienten lett blir distraheret og klarer ikke holde oppmerksomheten, noe som skal være et avvik fra tidligere og har vansker med hukommelsen, noe som gjør det vanskelig å tilegne seg ny kunnskap. Det er gjerne hukommelsestapet som er det første som rammer pasienten, og noe som vil være tydelig for personen selv og pårørende. Så er det at språket kan svikte og handlingssvikt, det vil si det å kunne planlegge og miste evnen til å utføre de handlingene man

tidligere tok som en selvfølge. Pasientene opplever ofte angst og depresjoner fordi mestringsevnen svikter, og har ikke lenger oversikten over seg selv. Angsten vil dermed forsterkes fordi pasienten ikke lenger vet hva fremtiden vil bringe. Balansesvikt kan oppstå og det å klare å koordinere bevegelsene (Rokstad & Smebye, 2008).

3.2 Autonomi og paternalisme

Demens er en sykdom hvor det noen ganger automatisk blir trukket en konklusjon på at pasienten mangler innsikt i egen situasjon. Autonomien blir fratatt og pasienten blir vist mindre respekt. Rokstad (2008) skriver også at det å være autonom har noen forutsetninger som kunne klare å ha en sammenhengende samtale som er fast og varig og ensartet og ha stabile valg i kommunikasjonen. Få til å se forbindelse mellom utsagn og påstand og kunne vurdere konsekvensene av det alternative valget. Ha evnen til å resonere seg frem til hvilke ulemper og fordeler for å kunne klare å velge noe fremfor noe annet (ibid).

For at valget pasienten skal ta er autonomt, må det ikke være noe ytre press til stede. Når man utøver sykepleie til pasienter med demens vil vi som sykepleiere ofte oppleve etiske dilemmaer, derfor skriver Rokstad (2008) at det krever at man som helsepersonell burde være etisk bevisste og kunne reflektere.

Dersom helsepersonell skal ta en beslutning på vegne av en pasient kalles det paternalisme, som betyr ”far bestemmer”. Dette er noe som sykepleier kan gjøre dersom pasienten ikke er i stand til å se konsekvensene av de valgene som skal gjøres i den gitte situasjonen. Paternalisme gir ikke sykepleieren fullmakt til å ta avgjørelser for pasienten, men det som skal ligge i bunn for de valgene som gjøres er at målet med demensomsorg er god livskvalitet (Rokstad, 2008).

Sykepleierens grunnlag i yrkesetiske retningslinjer:

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet
Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert

(Sykepleieforbundet, 2011, s. 7).

I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) står det skrevet under 1. Sykepleieren og profesjonen i pkt 1.6: Sykepleieren anvender de yrkesetiske retningslinjer i sitt arbeid, og bidrar aktivt til etisk refleksjon i hverdagen (ibid).

3.3 Bruk av tvang

Tvang blir vurdert i juridisk sammenheng som: ”*tvang er fravær av samtykke*” (Johnsen & Smebye, 2008, s. 210).

Drivdal Berentsen (2008) skriver at personalet ikke har noen rett til å bestemme over pasienten, at sykepleieren ikke bare kan dusje eller stelle pasienten, hvis pasienten motstrider seg det. Det er heller ikke lov å tvinge i pasienten medisiner, men hvis det er absolutt nødvendig så er det lov, men dette skal ikke bli en vane som skal gjentas over tid.

1. januar 2009 ble det vedtatt noen endringer i pasientrettighetsloven, dette er en lov som skal gjøre slik at pasienten mottar den nødvendige pleien som er livsviktig, selv om pasienten ikke ønsker å ta imot hjelpen. Dette er fordi det er noen pasienter som ikke helt kan ta det ansvaret over livet sitt fordi de ikke ser konsekvensene av å ikke ta imot den behandlingen de absolutt burde ha (Drivdal Berentsen, 2008). Johnsen og Smebye (2008) skriver at det anvendes mer tvang på sykehjem enn det som kan forsvares faglig.

Vi viser her til Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) kap. 4 A. Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv.

I Pasientrettighetsloven § 4A-1 er følgende beskrevet: ”Formålet med reglene i dette kapitlet er å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade, samt å forebygge og begrense bruk av tvang,” og ”Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så lang som mulig være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett (Pasientrettighetsloven, 1999).

I kapittel 4A-3 stiller loven krav om at tillitskapende tiltak skal ha vært utprøvd før det brukes tvang. Tvang skal være siste utvei. Rokstad (2008) skriver at dersom vi som sykepleiere er i forhandling med pasienten, må vi kunne legge planlagte handlinger til side. Det innebærer at vi som sykepleiere må kunne lytte til signaler og rådføre oss med pasienten,

da det trolig vil bidra til at pasientens egenverd blir ivaretatt. Dette vil igjen kunne føre til et samarbeid med pasienten og igjen gjøre det lettere for pasienten å delta i helsehjelpen. Det motsatte vil være om vi som sykepleiere bruker makt gjennom en oppgaveorientert holdning. Dette vil medføre lite rom for pasientens deltakelse (Rokstad, 2008). Pasienten har, ifølge pasientrettighetsloven (1999) § 3 -1, rett til medvirkning. Det er uklart når man kan avvike fra pasientens krav til medvirkning. Avgjørelsen beror på skjønn, der kjennskap til pasienten og en vurdering av den konkrete situasjonen, og hvor nødvendig helsehjelpen er, bør ligge til grunn (Johnsen & Smebye, 2008).

Loven omfatter alle som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelp. Hvordan man skal vurdere om en person mangler samtykkekompetanse og hva som regnes som motstand mot helsehjelp er et viktig vurderingsarbeid for sykepleiere (Kirkevold, 2008). Vi viser her til Lov om pasient – og brukerrettigheter (1999) kap. 4. Samtykke til helsehjelp. Johnsen & Smebye (2008) skriver at samtykkekompetanse er et stort problem i demensomsorgen. Dette fordi det kan være vanskelig for pasienter med demens og forstå hva samtykkekompetanse er.

3.4 Omsorg uten bruk av tvang

Under § 4 A-3 i Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) står det skrevet at det skal forsøkes med tillitskapende tiltak før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg. Helsedirektoratet (2008, s. 25) har kommentert lovbestemmelsene i rundskrivet at sykepleiere må forsøke å legge til rette for helsehjelpen, slik at pasienten forstår at det er i hans interesse å ta imot helsehjelpen. Helsehjelpen bør gis under trygge omgivelser, hvor det blir tatt individuelle hensyn (Helsedirektoratet, 2008).

I følge Smebye og Johnsen (2008, s. 220) vil tillitskapende tiltak være det samme som en god faglig tilnærming til pasienten og den problematikken pasienten sliter med. Det kan være viktig å ha kjennskap til pasientens livshistorie, verdier og tidligere interesser kan være til stor hjelp for å bidra til at pasienter med demens kan utøve innflytelse i eget liv, for eksempel gjennom samhandling. I følge Kirkevold (2008) kan det være vanskelig å definere hva som kan være tillitskapende tiltak, og det vil også variere for hvert enkelt tilfelle.

Kirkevold (2008) hevder det kan være vanskelig å definere hva som kan være tillitskapende tiltak, og det vil også variere for hvert enkelt tilfelle. Rundskrivnet beskriver tiltak som kan gi grunnlag for å oppnå tillit. Eksempler på slike tiltak er for eksempel at omsorgen bør være basert på helhetlig tenkning med gode miljøtiltak, at personalet har kjennskap til pasienten og at personalet får veiledning og oppfølging. Nok et tiltak kan være at det skjer en kartlegging av årsakene til at pasienten motsetter seg helsehjelpen, og at personalet setter av god tid til pasienten. Videre er det viktig å tilpasse kommunikasjonsformen til den enkelte og at personalet har et nært samarbeid med pårørende (Helsedirektoratet, 2008,s. 26).

3.4.1 Tillitskapende tiltak

Rokstad (2008, s.69) skriver at sykepleiere, i likhet med annet helsepersonell, er preget av samfunnets holdninger overfor pasienter med demens. Det har vært mange vinklinger og beskrivelser av denne pasientgruppen i faglitteraturen, og fremstillingen av sykdommen demens har stadig vært vinklet i retning av beskrivelser av forandringer i hjernen, funksjonssvikt og andre problemer som følger sykdomsutviklingen.

Mange sykepleiere blir fremdeles overrasket over at pasienter med demens er i stand til å beskrive sine opplevelser og endringer. For å bedre kvaliteten på omsorgen, må pasientens perspektiv fanges opp, og sykepleieren må opparbeide seg en relasjon til pasienten basert på samarbeid (Rustøen, 2001, s. 14). Det har også vist seg at sykepleiere som føler seg utbrent blir mer oppgaveorienterte, mindre vare for pasientens behov, som igjen kan føre til økt bruk av tvang (Johnsen & Smebye, 2008).

Etiske og faglige vurderinger om samtykke og tvang er relevante i forhold til jeg og du tilnærming. Det å forstå personen med demens er avgjørende for hva slags tiltak som blir gjort i den gitte situasjonen skriver Johnsen & Smebye (2008). Rokstad (2008) skriver for Ordet omsorg er beslektet med det tyske ordet ”sorgen” og det oversettes til ”omtenksomhet”, ”å bekymre seg for”. Omsorg viser hvordan mennesker forholder seg til hverandre. For at å se og forstå mennesker er omsorg et grunnleggende begrep. Martinsen (2003) skriver at noe av det mest essensielle ved et menneske er omsorg, og omsorg er en sosial relasjon. Hun

skriver at omsorg alltid inneholder flere mennesker og mener at uten andre mennesker så har ”min hverdag ingen mening”. Det å kunne være medmenneskelig og ta hensyn til hverandre, prøve å forstå mennesket, anerkjenne det andre menneskets opplevelse uten å umyndiggjøre den andre. Ved det å anerkjenne et annet menneske betyr ikke at man forventer noe tilbake, hun ser på omsorg som uekte dersom man griper inn for å forandre eller forholder seg likegyldig til den andres situasjon uten å anerkjenne personen. Det er en form av gjensidighet å kunne gi og vise omsorg til mennesker, det å gi omsorg er da du er forpliktet til å gi mer enn man får tilbake (Martinsen, 2003).

Martinsen (2003) ser på sykepleie som at omsorg skal gå som fundamentet i sykepleie, hun mener at det som er grunnleggende for et menneskes liv er omsorg. At vi mennesker er avhengig av hverandre, at mennesker ikke kan leve i isolasjon. Så som sykepleier mener Martinsen at verdigrunnet til en sykepleier er omsorg og dette deler hun inn i tre aspekter. Hun mener at omsorg er et begrep som er rasjonelt, men at det innebærer at to mennesker har et nært og åpent forhold. Martinsen (2003) omsorg er det å kunne forstå hva som kan være andres beste og kunne utføre handlinger som er basert på denne forståelsen. Det siste hun skriver om er moralen, om det å ta ansvar for det svake menneske (ibid).

Kitwood (1999) har forsket på demens i flere år, og har også skrevet om omsorgsteori som Kari Martinsen, men hans fokus har vært på pasienter med en demenssykdom. Han har skrevet om hvilke behov pasienter med demens har. At kjærligheten kommer fra hjertet uten forventninger om en direkte belønning. Han skriver et sitat: ” Hvis vi ikke forholder oss til våre kjærlighetsbehov, og sørger over kjærlighetens utilstrekkelighet, kan man ikke leve med Alzheimers syken.

- **Trøst:** Behovene for trøst, tilknytning, inklusjon, beskjeftigelse og identitet er mer åpenlyse hos demenssyke mennesker som er mye mer sårbare og ikke alltid klarer å ta initiativ til at behovene de har blir oppfylt. Trøst er det å kunne sørge for, vise omsorg og varme. Dette for å hjelpe personen å ikke bryte sammen, en som er dement vil sannsynligvis ha et større behov for trøst ettersom følelsen av tap til stadig kan dukke opp, svikt i evner, noen som de hadde nær er død.
- **Tilknytning:** er noe vi skaper våre første år vi lever og denne sterke tilknytningen vi skaper som barn, kan bli like sterk for en pasient med demens.

- **Inklusjon:** det å føle seg akseptert. Inkludert i et felles miljø, uten det kan en pasient med demens få en oppmerksomhetssøkende adferd, vandring, forskjellige former for protest og sammenbrudd.
- **Beskjeftigelse:** betyr å være involvert i en livsprosess. Det motsatte er en tilstand av kjedsomhet, apati og nytteløshet. Det å ha noe å gjøre, fra hobby til jobb, gjerne et spill. Dersom man tar ifra pasienten muligheten til å sysselsette seg, vil deres evner svinne hen. Der er da viktig å ha kunnskaper om pasientens fortid.
- **Identitet:** det å kunne vite hvem man er, kognitivt og følelsesmessig. Ha et detaljert kjennskap til den enkeltes livshistorie også når den gjeldende person ikke kan huske sin egen historie. Empati er utrolig viktig at man viser til personen at han/hun er enestående. Kitwood (1999) mener at den primære oppgaven for demensomsorgen er å opprettholde den personlige identitet til tross for at sykdommen svikter hukommelsen og det kognitive. Det å føle seg verdsatt i tillegg til å få de grunnleggende behovene dekket (Kitwood, 1999).

3.4.2 Verdighet og livskvalitet

Slettebø (2008) skriver at pleien ikke er etisk forsvarlig dersom pasientens verdighet og integritet blir krenket. Videre sier hun at pasientrettighetsloven har som mål å sikre at pasientens verdighet og integritet blir respektert i utøvelsen av helsetjenester. I samhandling mellom pasient og sykepleier er det opp til sykepleier å se til at pasienten føler seg verdsatt og respektert, ikke krenket og uverdigg behandlet. For at menneskeverdet skal bli ivaretatt, må sykepleier se til at pasienten føler seg sett og respektert.

Hva livskvalitet er og hvorfor begrepet har relevans har både psykologer, sosiologer, økonomer, medisinere og sykepleiere forsøkt å gi svar på. Det tverrfaglige fokuset tyder på at livskvalitet er et allmenngyldig begrep som er av stor betydning for oss mennesker. Livskvalitetsbegrepet dukket sannsynligvis opp så tidlig som på 1950-tallet, men blant sykepleiere ble det ikke tatt interesse for begrepet før i 1980- og 1990-årene (Rustøen, 2001, s. 14).

Det er ulike meninger om hvordan livskvalitet skal defineres. I følge Rustøen (2001, s. 14) skyldes dette det brede og tverrfaglige fokuset på begrepet. Det er ikke vanskelig å forestille seg at en sykepleier og en økonom vil gi ulike definisjoner av livskvalitet. Allikevel er samtlige enige om at livskvalitet er et subjektivt og flerdimensjonalt fenomen (ibid).

Vi har derfor valgt å benytte oss av psykologen Siri Næss sitt syn på livskvalitet (referert i Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005). Hun mener at livskvalitet kobles til enkeltmenneskets indre opplevelse og at det derfor kan beskrives som psykisk velvære. Hvis man da oppfatter livskvalitet som psykisk velvære, innebærer det altså menneskets personlige opplevelse av de ulike sidene ved en livssituasjon. Dette har stor overføringsverdi til sykepleie. Næss vektlegger at følelser og vurderinger er personlige, subjektive opplevelser, og påpeker at livskvalitet er en opplevelseskvalitet. På grunnlag av dette har Næss definert begrepet livskvalitet slik: ”En persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er positive, og lav i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er negative” (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005).

3.5 Marte Meo

Marte Meo- metoden ble utviklet av nederlandske Maria Aarts i slutten av 1980-årene, og er basert på utviklingspsykologi på studier av naturlig kommunikasjon der relasjonen ikke er preget av problemer eller skader. Begrepet *Marte Meo* kommer fra latin og betyr ”av egen styrke” eller ”av egen kraft”. Metoden er relasjons- og kommunikasjonsorientert, og som veiledningsverktøy benyttes det film eller videoopptak av samspillet mellom pasient og sykepleier. Marte Meo er forholdsvis ny som veiledningsmetode i demensomsorgen, og det er foreløpig lite forskningsbasert kunnskap om metoden, men det finnes mye litteratur om den (Munch, 2008, s. 312-337).

Marte Meo-veiledning kan benyttes til å hjelpe sykepleiere til å finne nye løsninger når samspillet med pasienter med demens blir utfordrende. Det blir som regel gjort videoopptak på 2-10 minutter fra den daglige samhandlingen. Ut i fra opptaket kan man danne et utgangspunkt for analyse av utfordrende atferd i samspill, av pasientens behov og funksjonsnivå, og effekten av miljøterapeutisk tilnærming eller behandling (ibid).

Marte Meo-metoden har vært brukt som et lederverktøy ved Lindegården Plejehjem i Danmark, hvor det har blitt gjort opptak av de ansatte i samspill med pasientene minst fire ganger i året. Avdelingsleder går da igjennom opptakene hver uke, og sammen kommer personalet frem til hvilke behov pasienten har, og hvordan de skal etterkomme behovene på best mulig måte. Opptakene brukes til å styrke de ansattes kompetanse og til å sette standard for hvordan omsorgen skal utøves. Personell som ikke vil la seg videofilme blir heller ikke ansatt (ibid).

Å forstå hva en pasient med demens forsøker å formidle, byr ofte på store utfordringer for sykepleiere i demensomsorgen. Her nevnes brudd i kommunikasjonen som en av de mest belastende utfordringene. Å ta seg tid til å finne en mening i, eller forsøke å forstå det en pasient med demens forsøker å uttrykke, er ikke alltid en selvfølge av sykepleierens omsorg. De kan ha dårlig tid, eller det kan dreie seg om dårlige holdninger (Munch, 2008, s. 312-337).

Videoanalyse åpner for refleksjon over pasientens kroppsbruk, og når man studerer videoopptak av hverdagslig samhandling blir den gode metoden som gjør at samhandlingen blir vellykket, synliggjort. Man kan studere pasientens atferd og ansiktsuttrykk i hver minste detalj, slik at man kan "lese" pasientens kroppsspråk og gjøre refleksjoner rundt pasientens atferd (ibid).

I en interaksjonsanalyse kan man observere pasientens reaksjon på sykepleierens tilnærming i et gitt øyeblikk. Pasientens behov og måten behovene blir møtt på, blir tolket i en funksjonsstøttende dialog. Når sykepleieren får mulighet til å reflektere over pasientens ansiktsuttrykk, reaksjoner og atferd, åpner det for en bevisstgjøring om betydningen av kvalitet i relasjonen mellom sykepleieren og pasienten (ibid).

Munch (2008) sier at relasjonskompetanse betyr at sykepleieren har innsikt i egne reaksjoner, i hvilke følelser pasienten kan sette i sving, og ha innsikt i hvilke følelser det å arbeide med pasienter med demens skaper. Relasjonskompetanse dreier seg altså om empati, tålmodighet, varme, kunnskap, fleksibilitet, realisme, og et positivt menneskesyn. For å kunne forstå det som skjer i spillet, er det viktig at sykepleieren har kunnskap om hvilke konsekvenser diagnosen demens har for pasientens kommunikasjonsevner. Det er viktig at sykepleieren har

innsikt i pasientens livshistorie og vaner, og har kompetanse til å forstå hvilke behov pasienten har og hvilken støtte han trenger (ibid).

Det er altså viktig å tenke på at alle handlinger sykepleieren utfører i direkte kontakt med en pasient med demens, innebærer at sykepleieren har forestillinger om pasienten som en person som på tross av sin demenssykdom har følelser, tanker, sansevner og en opplevelse av seg selv som person, selv om pasientens atferd, ytringer og ord ikke alltid er like lette å tolke (ibid).

Dialog beskrives her som ”rytmen i utvekslingen mellom et jeg og et du som er til stede i all samhandling”. Dialogen innebærer ikke bare språklige uttrykk, men også mimikk og uttrykk, som for eksempel et erkjennende smil og nikk, et klapp på skulderen og liknende. I dialog med pasienter med demens er det viktig å benytte både lyder og handling som uttrykksform. Det ser ut til at pasienter med demens kan opprettholde kompetansen til å gjenkjenne rytmen i en dialog, stemmeinntonen, mimikk og kroppsspråk sent ut i sykdomsforløpet. Det ser også ut til at pasientene kan gjenkjenne smil, latter, tårer, sinne og andre følelsesuttrykk. Derfor kan det ofte være nødvendig for sykepleieren å være ekstra tydelig og om nødvendig forsterke følelsesuttrykket i sin formidling slik at pasienten skal forstå budskapet. Det krever altså en skjerpet oppmerksomhet fra sykepleierens side, slik at man kan oppfatte pasientens reaksjoner og initiativ (Munch, 2008, s. 312-337).

At pasienten blir møtt med bekreftelse, oppmerksomhet, samhandling og anerkjennelse underveis i handlingsforløpet, er noen av grunnelementene i funksjonsstøttende kommunikasjon. Munch (2008, s. 318) skriver at virkeligheten kan oppfattes som både truende og kaotisk for en pasient med demens, fordi sykdommen medfører at pasienten gravis ikke oppfatter og forstår ulike situasjoner på samme måte som før han fikk diagnosen demens (ibid).

Målet med Marte Meo-veiledningen er å styrke sykepleierens evne til å utøve god demensomsorg på pasientens premisser. Det som skiller Marte Meo-veiledning med andre metoder, er at det benyttes film- eller videoopptak som veiledningsverktøy. Dette kan føre til videreutvikling av sykepleierens ferdigheter når det gjelder å kunne oppfatte pasientens signaler og kommunisere hensiktsmessig (ibid).

Marte Meo-metoden kan benyttes på ulike måter i demensomsorgen. I Norge har det vært mest vanlig med oppfølging av enkeltpasienter. I Skandinavia blir metoden også benyttet i institusjoner og hjemmetjenestene, med utgangspunkt for veiledning og undervisning (ibid).

Hensikten med metoden er at størsteparten av helsepersonellet som er rundt pasienten, er til stede under veiledningen, slik at man kan bli enige om hvilke fremgangsmåte som skal benyttes (ibid).

4. Drøftning

Problemstilling vi ønsker å besvare med denne bacheloroppgaven er som følger: ”Hvordan kan sykepleiere redusere bruken av tvang til pasienter med demens i sykehjem, som motsetter seg helsehjelp?” På bakgrunn av dette har vi valgt ut tre hovedtemaer vi vil drøfte, ut ifra hva vi har funnet om temaet i litteratur og forskning, og egne oppfatninger og praksiserfaringer. Vi vil også benytte relevante forskningsartikler for å underbygge argumentene i drøftingen. Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) omhandler Demensplan 2015, som er en delplan til Omsorgsplan 2015. Her beskrives de langsiktige utfordringene de kommunale omsorgstjenestene står ovenfor og angir både strategier og konkrete tiltak frem til 2015. Drøftingen rundt tillitskapende tiltak vektlegges på individnivå, da det er dette kapitlet i pasientrettighetsloven (1999) og forskrift IS-10/2008 fokuserer på. Vi vil også nevne tillitskapende tiltak på systemnivå, ettersom de utgjør vilkårene for omsorgen.

4.1 Vurdering av samtykkekompetanse og motstand

Det første sykepleieren bør gjøre, er å vurdere om pasienten har samtykkekompetanse. Dersom det viser seg at helsehjelpen som skal gis, skjer mot pasientens vilje, er det viktig at sykepleieren er overbevist om at pasienten ikke har samtykkekompetanse. Det er viktig at samtykkekompetansen vurderes, for å avgjøre i hvilken grad pasienten kan medvirke i ulike avgjørelser. Dette innebærer at pasienten må ha evne til å forstå informasjon som blir gitt, og til å vurdere forskjellige alternativer og ulike konsekvenser. Sykepleieren må være bevisst på at selv om pasienten ikke har samtykkekompetanse på et område, er det allikevel mulig for pasienten å ha det på andre områder (Johnsen & Smebye, 2008).

En annen viktig vurdering er om pasienten yter motstand eller ikke. Dersom pasienten opprettholder motstand til tross for tillitskapende tiltak, kan det i følge rundskrivet IS-10/2008 gis nødvendig helsehjelp til tross for motstanden (Pasientrettighetsloven, 1999). Når vi er ferdig utdannede sykepleiere kan vi ved hjelp av vår tillærte kunnskap avgjøre om tillitskapende tiltak oppnår sin hensikt, og hvis pasienten reagerer positivt og er samarbeidsvillig, kan vi tolke det som at pasienten har gitt sitt samtykke. Dette bidrar til at vi ikke behøver å bruke tvang i gitte situasjoner. Vi kan ikke eksemplifisere det med en opplevd situasjon fra praksis, da vi har erfart at tillitskapende tiltak ikke har vært vektlagt. I pasientrettighetsloven (1999) § 4A-3 står det at helsepersonell må forsøke med tillitskapende tiltak før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg. Vi ser det er viktig å se an hvert enkelt tilfelle og at det vil være viktig å sette et tidsperspektiv i forhold til hvor lenge tillitskapende tiltak skal forsøkes før man må fatte vedtak for bruk av tvang.

Vi syns at verdighet og livskvalitet er noe å jobbe for, som Slettebø (2008) skriver så mener hun at pasientrettighetsloven (1999) har som mål å sikre at pasientens verdighet og integritet blir respektert. Vi tenker at dette er med på å snakke for pasienten og gjøre slik at pasienten alltid vil være i fokus. Slettebø (2008) skriver også at det er en stor nødvendighet at sykepleier passer på at pasienten føler seg verdsatt og respektert, ikke krenket og uverdigg behandlet.

Rustøen (2001) mener at livskvalitetsbegrepet oppfattes forskjellig og at dette defineres forskjellig fra menneske til menneske, at dette er et subjektiv og flerdimensjonalt fenomen (ibid). Vi tenker at dette er noe som også kommer fra hvilke behov og gleder man har i livet er forskjellig, den ene kan syns at livet handler om barn og familie, mens den andre er livskvalitet reise og venner. For å kunne finne en definisjon på livskvalitet så syntes vi Siri Næss sitt syn på livskvalitet er noe vi kan forholde oss til. Hun mener at livskvalitet kobles til hvordan det enkelte menneske opplever velvære noe som innebærer det menneskets personlige opplevelse av de ulike sidene ved en livssituasjon.

Næss vektlegger at følelser og vurderinger er personlige, det er en subjektiv opplevelse (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2005). Vi mener at det er av betydning at sykepleier ser på hvert enkelte menneske som et enkelt individ og kjenner pasientens bakgrunn. At vi ikke skal være foruttatte, fordi livskvalitet oppleves så forskjellig. Det å kunne gå inn til pasienten med

åpent sinn og være mottakelig for andre synspunkter og verdier. I følge forskningsartikkelen til Rognstad & Nåden (2011) skriver de at det må være en balansegang mellom autonomi og det å være nødt til å ta en avgjørelse for pasienten. De velger å fokusere på tre relevante temaer som sykepleiere opplever i møte med den utagerende pasienten med demens, det er opplevelse av maktesløshet, mislykkethet og redsel. Det å finne en balanse mellom autonomi og makt. Det å kunne øke kompetansen for mestring og utagerende adferd. Da vi leser denne forskningsartikkelen så ser man hvorfor bruken av tvang er et stort tema for sykepleiere og at det ikke alltid er så lett å finne løsninger og svar på hvordan man skal håndtere den gitte situasjonen. Vi forstår den følelsen av å føle seg maktesløs som sykepleier, da den kunnskapen som man har tilegnet seg og alt som er anbefalt i litteratur, forskning og lovverk ikke fungerer og må søke om vedtak om tvang, dette er da en situasjon som vi begge helst vil unngå og frykter. Vi tenker at dette også blir et bevis på at vi har misslyktes i tillitskapende tiltak. Dette medfører at vi på et vis opplever en viss redsel for å gå inn i disse gitte situasjoner da tvang er et alternativ.

4.2 Omsorg uten bruk av tvang

Vi har alle mennesker i oss en iboende holdning, i følge Rokstad (2008) kan holdninger skapes gjennom den kulturen og det miljøet vi lever i. Holdninger handler om hva som er gjeldende oppfatninger i samfunnet, og hva vitenskapen er opptatt av. Det er med på å avgjøre hvordan vi møter andre mennesker, og i dette tilfelle pasienter med demens.

Kitwood (1999) var opptatt av å se personen med demens, og at vi alle er individer. Han mente det var viktig å vise denne pasientgruppen kjærlighet, og det uten å nødvendigvis bli belønnet for det vi gjør som sykepleiere. Rustøen (2001) skriver at mange sykepleiere blir forbauset da de får tilbakemelding om at pasienten med demens kan fortelle om sine opplevelser. Det tenker vi at man alltid burde ha i bakhode, at vi ikke skal bedømme i forkant og at man skal se pasienten og ikke sykdommen. Martinsen (2003) mener at et menneskesyn som anerkjenner menneskers grunnleggende avhengighet til hverandre, bør ligge til grunn for omsorg. Hun skriver at livet ikke har noen mening uten andre mennesker i det som viser omsorg. Det å kunne se hverandre og sette seg inn i hverandres liv, og gi omsorg uten å måtte

ha noe igjen for det, det er jo mye av det vi også tenker sykepleiere skal kunne klare. Kitwood (1999) mener at pasienter med demens er mye mer sårbare, og at de ikke alltid er i stand til å vite hverken hvorfor eller hvordan de skal reparere det som føles sårt.

Vi har erfaring fra sykehjem hvor pasienter har uttrykt savnet etter sin mor, og et stort ønske om å se henne. Vi har vært vitne til at personen har fått bekreftet at ”moren din er død, du er gammel du, lenge siden hun døde.” Det vi så etter denne beskjeden er et menneske som var like ved å bryte sammen. Pleieren reflekterte ikke over hendelsen, bare oppgitthet over at dette til stadighet ble et tema inne hos denne pasienten. Kitwood (1999) skiver at å kunne gi pasienten trøst for tapet som personen opplever er et alternativ for å unngå en uheldig og vond situasjon til å oppstå. Det å trøste i denne situasjonen kan jo også være med på å skape et bedre samarbeid i andre situasjoner. Kitwood (1999) skriver også det at personer med demens opplever et større behov for tilknytning, og vi tror at det er viktig å reflektere over hvor sårbart og ensomt det kan føles å miste noen, som i dette tilfelle moren. Dette er en hendelse som kan oppleves opp til flere ganger om dagen.

Kitwood (1999) skriver videre at det er nødvendig å ha kjennskap til pasientens livshistorie og vise empati. Det å kunne vise at pasienter med demens er enestående og opprettholde den personlige identiteten. Det er viktig at pasienten ikke mister seg selv ovenfor de som jobber med han/henne, selv om sykdommen dessverre tar bort veldig mye av pasientens identitet, så kan sykepleieren huske for pasienten. Selvsagt skal de grunnleggende behovene dekkes, men det er så mye mer som skal tas hensyn til. Slettebø (2008) skriver at sykepleieren ikke er etisk forsvarlig dersom hun/han krenker verdigheten og integriteten.

Ifølge rundskrivet SI-10/2008 er det nødvendig å ha bakgrunnsopplysninger og kjennskap til pasientens rutiner og tidligere liv. Dette vil gjøre det lettere å kartlegge den eventuelle motstanden pasienten viser ved for eksempel i en stellsituasjon (Helsedirektoratet, 2008, s. 26). Kjennskap til pasientens livshistorie, verdier og tidligere interesser kan være til stor hjelp for å bidra til at pasienter med demens kan utøve innflytelse i eget liv, for eksempel gjennom samhandling (Johnsen & Smebye, 2008). Denne kjennskapen er også essensiell for å opprettholde pasientens personlige identitet, som ifølge Kitwood (1999) er den primære oppgaven i demensomsorgen.

Rokstad (2008) skriver at i samarbeid med familie og pårørende, kan vi som sykepleiere innhente informasjon om pasientens livshistorie og eventuelt lage minnealbum. Dette mener hun vil være et hjelpemiddel til sykepleiere for å ha større forutsetninger til å snakke om ting som interesserer pasienten. Her kan pårørende være en ressurs, ved for eksempel å være behjelpelige med informasjon om meningsfulle hendelser fra pasientens liv. Dette kan igjen bidra til å styrke pasientens identitetsfølelse, samtidig som det kan benyttes for å avlede pasienten i situasjoner for å unngå bruk av tvang.

Dersom sykepleieren har liten kjennskap til pasienten, vil pasienten trolig være mindre komfortabel med å ta imot helsehjelp. Det kan også være vanskeligere å ivareta tilliten som pasienten eventuelt viser (Rokstad, 2008). Ifølge Kitwood (1999) kan lite kjennskap om pasienten også være en trussel for pasientens opplevelse av seg selv, noe som igjen kan bidra til å fremprovosere utfordrende atferd.

Johnsen og Smebye (2008) skriver at empati er nødvendig for å opprettholde pasientens identitet. Som sykepleiere kan vi vise empati ved å forholde oss til pasienten som ”du”, og ved å forsøke å sette oss inn i pasientens situasjon. Dette, i tillegg til kjennskap, er med på å bekrefte og styrke pasientens identitet. Dersom vi som sykepleiere møter pasienten på dens premisser, og dermed unngår tiltak som er uønsket av pasienten, vil vi i større grad kunne forebygge og redusere bruken av tvang. En jeg- du- tilnærming åpner opp for en gjensidig respekt mellom sykepleier og pasient (Johnsen & Smebye, 2008). Dersom vi som sykepleiere føler at pasientens omsorg ikke har mening, kan det føre til utilfredshet som kanskje resulterer i utbrenthet. Det har også vist seg at sykepleiere som føler seg utbrent blir mer oppgaveorienterte, mindre vare for pasientens behov, som igjen kan føre til økt bruk av tvang (Johnsen & Smebye, 2008).

Rokstad (2008) mener det er en utfordring for oss som sykepleiere å få pasienten til å forstå at det er i dens interesse å ta imot helsehjelpen, selv om pasienten ikke ser hensikten med det. For å oppnå at personen vil ta imot helsehjelp, vil det være lettere om personen er kan medvirke i en gitt situasjon, for eksempel ved stell. Som Rokstad skriver, tror vi også at personens egenverdi blir bedre ivaretatt dersom han eller hun får muligheten til å være mer delaktig i situasjonen. Den andre løsningen vil være at sykepleieren bruker makt.

Av egen erfaring har vi sett at når en person med demens får bruken den tiden den trenger under en stellsituasjon, unngår vi bruk av tvang. Vi tror det er viktig at vi som sykepleiere er bevisst på at personen har rett til medvirkning, i følge pasientrettighetsloven (1999). Som Johnsen og Smebye (2008) skriver er det viktig å se på hvor nødvendig helsehjelpen er for at vi som sykepleiere skal kunne avgjøre om det er nødvendig med bruk av tvang.

4.3 Marte Meo-veiledning

Som tidligere nevnt i teoridelen, er Marte Meo en metode som skal være med på å øke samspillet mellom pasient og sykepleier igjennom filming. I teoridelen har vi skrevet at det er lite forskningsbasert kunnskap om Marte Meo-veiledning. Vi har funnet en forskningsartikkel av Hansen og Ytrehus (2011) om at Marte Meo gir mestringsfølelse og positivitet for personalet, og det reduserer stressopplevelse personalet kan føle i for eksempel stellsituasjoner. Det er blitt gitt tilbakemeldinger om at det har økt tryggheten og et bedre samarbeid blant de ansatte. Filmingen har bidratt til at personalet har økt sin refleksjon og bevisstgjøring av seg selv.

Etter å ha lest om Marte Meo synes vi begge at det er en spennende måte å kunne veilede personalet for å øke kompetansen, kunne se seg selv i handling med pasienten. Bare det å ville se på måter å endre sine strategier og ønske å bedre seg selv i samhandling med pasienten med demens. Vi synes det er flott å kunne bevisstgjøre seg selv over holdningene man viser og har ovenfor andre mennesker. Det å tørre å se på seg selv og ville endre de feilene man gjør er modig. Ved å finne andre løsninger for å bedre en stellsituasjon gjør jo at man vil øke faglige kompetansen fordi man leter etter andre svar og andre muligheter. På mange måter så synes vi det er synd at det er dette som skal til for å gjøre at man klarer å reflektere over seg selv. Men det er nok lett etter mange år i samme yrke at man vil finne de "lette" løsningene og at det da blir til at man kanskje utøver tvang. Ut i fra det Kirkelvold (2005) har kommet frem til i sin forskningsstudie så er det mange mørketall innenfor tvang i demensomsorgen. Det som da er litt interessant er da at det er så mye som 44,2 % sykepleiere som tar avgjørelsen om å bruke tvang, mens resten er mørke tall, dette er da ikke dokumentert hvem som har tatt avgjørelsen, men tvangen er dokumentert. Vi synes da at dette er interessant fordi vi tror filming kan føre til en bevisstgjøring av sykepleiernes holdninger. Samtidig som vi ser de etiske utfordringene

kan bli et tema, at vi filmer pasienter som evt. mangler samtykke kompetanse og at det ikke alltid er lett for sykepleier å bli filmet. Men ettersom dette er noe som er med på å øke kompetansen og gir oss muligheten til å reflektere over våre handlinger og holdninger så ser vi på det som et godt redskap som ikke nødvendigvis trengs å bruke i alle situasjoner. Vi er ydmyke i forhold til at vi ikke har erfart å jobbe med Marte Meo metoden, men vi ser allikevel flere fordeler i metoden enn ulemper.

Munch (2008) skriver at Marte Meo - metoden er brukt som et lederverktøy på et sykehjem i Danmark, det er avdelingsleder som går igjennom opptakene og personell som ikke vil bli filmet blir heller ikke ansatt. Dette mener vi også kan være med på å unngå bruken av tvang, fordi vi tenker oss til at det automatisk siler ut pleiepersonell som ikke ønsker å bedre seg i forhold til å jobbe med pasienter med demens.

Hun skriver også at det kan by på store utfordringer i forhold til kommunikasjon, å forstå og ta seg tid til å forstå det pasienten prøver å uttrykke. Dette fordi det ikke alltid er tid og for at det finnes sykepleiere med dårlige holdninger. Her tenker vi også at Marte – Meo metoden kan være med på å utelukke dårlige holdninger da personalet blir filmet og får muligheten til å reflektere over seg selv og få tilbakemeldinger på det de gjør.

I følge Munch (2008) vil videoanalysen gi mulighet til å se på kroppsspråket til pasienten og sykepleierne kan reflektere over pasientens atferd. Her vil det oppstå en bevisstgjøring av situasjonen og en bedre kvalitet på relasjonen mellom pasienten og sykepleieren. Dette vil også gjøre at sykepleieren får innsikt i sine egne reaksjoner og de følelsene pasienten kan sette i sving hos en selv.

Vi syns at dette er en veldig bra mulighet for å endre holdninger og bli bevisst sin egen fremtreden ovenfor pasienter. Vi kan tro vi gjør en god jobb da vi ofte er alene i situasjoner med pasienter uten at noen andre kan gi tilbakemelding på jobben du gjør. Etter en gjennomgang av filmingen øker det muligheten til å få evt. konstruktiv kritikk. Vi har opplevelsen av i et kvinnedominert yrke så er det lett for at konstruktiv kritikk ikke blir godt tatt i mot og at det er derfor kan bli mye usagt blant personale. Under en videoanalyse blir alt lagt på bordet og enten det er positivt eller negativt, så har man en mulighet til å forbedre samholdet i personalet.

Munch (2008) skriver at det er ikke bare den språklige dialogen som skal sees etter, men også uttrykket, mimikken, smil, og nikk. Hun skriver at det er viktig med både lyder og samhandling. At pasienten kan kjenne igjen rytmen i en samtale, gjenkjenne smil, latter, tårer og følelser, at sykepleier i samtalen med pasienten med demens så kan det være nødvendig å forsterke følelsesuttrykkene i formidlingen av budskapet. Dette betyr at sykepleieren må være ekstra bevisst og skjerpet så han/hun kan oppfatte pasientens reaksjoner underveis i samtalen.

5. Konklusjon

Vi har av erfaring møtt mange uheldige hendelser av det å gi god og rett sykepleie til pasienter med demens, da det ofte har blitt brukt tvang fordi helsepersonellet muligens ikke har sett noen annen løsning. Dette har vært vondt å være vitne til, og det har som student gjort at vi ikke har ønsket å jobbe på sykehjem fordi vi ikke kunnet stå inne for den sykepleien som er blitt gitt. Etter at vi nå har lest mer om forskning og funnet helsepersonell som virkelig brenner innenfor dette temaet som gjelder tvang og omsorg for pasienter med demens, ser vi annerledes på det. Vi kjenner begge på at dette er noe vi har begynt å brenne for, det å kunne vise at det finnes løsninger. Det er ikke umulig å gjøre noe med og det gjør at det er pasienter med demens vi nettopp ønsker å jobbe med og lære mer om når vi nå blir ferdig utdannet sykepleiere.

Underveis i oppgaveskrivingen har refleksjon og etikkarbeid vært temaer som nevnes i alle forskningsartiklene vi har benyttet oss av. Det viser at dette er sentrale begrep som er helt essensielle i forhold til å kunne redusere brukene av tvang, i tillegg til tillitskapende tiltak og bruk av Marte Meo-metoden. Ikke minst er det nødvendig å øke kompetansen hos personellet og at det alltid vil være en utvikling og interesse innenfor den forskningen som blir gjort. Dette for å fremme forståelsen hos de menneskene som jobber med personer med demens. Som vi har lest så er denne pasientgruppen en svært sårbar gruppe, og det er betryggende at dette er et emne som blir forsket på og tatt hensyn til da pasienter med demens denne ikke alltid kan snakke for seg selv. Vi tror på at sykepleiere kan redusere bruken av tvang til pasienter med demens i sykehjem hvis det benyttes god tillitskapende tiltak og at Marte – Meo veiledning kan bli en del av prosessen. Hvis pasienten motsetter seg helsehjelp, så kan denne

veiledningen være et godt redskap for å se hva som kan gjøres annerledes for akkurat denne pasienten.

LITTERATURLISTE

*Bergland, Å., Vibe, O., Martinussen, N. (2010). Hvordan få sykepleiere til å se på sykehjem som en fremtidig arbeidsløst? *Sykepleien fag*. Side 52-54. Lokalisert på

http://www.sykepleien.no/Content/313556/_viktig_for_a_jobbe_pa_sykehjem_3649.pdf

*Bollig G., Pedersen R. & Førde R.(2009). Etikk i sykehjem og hjemmetjenester. *Sykepleien forskning*. Lokalisert på

http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/forskning/forskningsartikler/vis?p_document_id=279903&fb_source=message

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

*Drivdal, B.V. (2008). *Demensboka. Lærebok for pleie – og omsorgspersonell – (1.utg.)*. Forlag Aldring og helse

*Engedal, K., & Haugen, P. K. (2004). *Demens- fakta og utfordringer*. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

* Forsberg, C. & Wengström Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur

*Hansen A. & Ytrehus S. (2011). Hvordan påvirker Marte meo-veiledning personalets opplevelse av egen mestring i demensomsorgen? *Sykepleien forskning*. Lokalisert på

<http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/634636/hvordan-pavirker-marte-meo-veiledning-personalets-opplevelse-av-egen-mestring-i-demensomsorgen>

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

http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/forskning/forskningsartikler/vis?p_document_id=569183&fb_source=message

Johnsen, L. & Smebye, K.(2008). Bruk av tvang i demensomsorgen. Rokstad, A., M., M. & Smebye, K., L. (red.). *Personer med demens. Møte og samhandling*.(1.utg., s. 207 - 229). Oslo: Akribe AS

*Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier, analyse og evaluering (2.utg.)*. Ad Notam Gyldendal.

Kirkevold, M., Brodtkorb, K & Ranhoff. A. H. (Red) (2008). *Geriatrisk sykepleie*. (1.utg.) Oslo: Gyldendal akademiske.

*Kirkevold Ø.(2005) Bruk av tvang i sykehjem. *Tidsskrift Norsk legeforening*. Lokalisert på <http://tidsskriftet.no/article/1192223>

*Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens – personen kommer i første række*.(1.utg). Danmark København: Munksgaard 1999

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.A. (2005). *Grunnleggende sykepleie* Bind 1 Oslo: Gyldendal akademisk

*Martinsen, K. (2003). *Omsorg sykepleie og medisin. Historiske – filosofiske essays*.(2utg). Forlag: Universitetsforlag

*Munch, M. (2008). Marte Meo som veiledningsmetode. Rokstad, A., M., M. & Smebye, K., L. (red.). *Personer med demens. Møte og samhandling*.(1.utg., s. 312 - 338). Oslo: Akribe AS

*Mæhlum,S. (2005). Krenket jeg deg? Den økende sårbarheten hos personer med demens og omsorgspersoners mulighet til å respektere deres integritet. nhv.se. Lokalisert på http://www.nhv.se/upload/dokument/forskning/Publikationer/MPH/MPH2005-29_S.Maehlum.pdf

Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICN`s etiske regler*

Nortvedt,M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Reinart, L.M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert- en arbeidsbok for sykepleierer*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

*Olsson, H. og Sørensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk

Pasientrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63 Lokalisert på <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html>

*Rognstad, M. K., Nåden, D. (2011). utfordringer og kompetanse i demensomsorgen - Pleieres perspektiv. *Nordisk sygeplejeforskning*. Lokalisert på <http://www.idunn.no/ts/nsf/2011/02/art06>

*Rokstad, A.M.M., Smebye. K.L. (Red.). (2008). *Personer med demens. Møte og samhandling* (1.utg.). Akribe forlag. Kap: 2, 4, 5, 9, 14.

*Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren?* Oslo: Gyldendal Akademisk.

*St.meld. nr. 25 (2005 – 2006) *Omsorgsplan 2015 og Demensplan 2015*. Oslo: Helse – og omsorgsdepartementet. Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-/3.html?id=200892>

Vedlegg 1

- 1 Degenerative hjernesykdommer:
 - Alzheimers sykdom med tidlig (før fylte 65 år) eller sen debut
 - Frontotemporallapsdemens
-

-
- Demens med Lewy – legemer
 - Parkinson sykdom med demens
 - Andre degenerative hjernesykdommer
 - 2 Vaskulær demens:
 - Småklarsykdom (status lacunaris eller Binswangers sykdom)
 - Enkeltinfarkt – eller multiinfarktdemens
 - Hypoksidemens
 - Andre vaskulære sykdommer med demens
 - Blanding av vaskulær demens og Alzheimers sykdom
 - 3 Sekundær demens:
 - Alkoholisk betinget demens (vitamin B, - mangel)
 - Vitaminmangel demens (B1, B2, B12)
 - Encefalitt og demens (herpes, lues, aids, borrelia)
 - Creutzfeldt – Jakobs sykdom
 - Hjernesvulst og demens
 - Hodetraumer og demens
 - Hematom i hjernen og demens
 - Normaltrykkhydrocephalus og demens
 - Endokrine sykdommer og demens
 - Organsvikt og demens
 - Andre sykdommer
-

(Rokstad & Smebye, 2008).

Vedlegg 2

--	--	--	--

<p style="text-align: center;">P</p> <p>Hvem vil vi vite noe om? Pasienter/grupper/mennesker</p>	<p style="text-align: center;">I</p> <p>Hvilket tiltak, intervensjon, behandling ønsker vi å vite noe om?</p>	<p style="text-align: center;">C</p> <p>Skal det tiltaket vi satte opp under "I" sammenlignes med et annet tiltak?</p>	<p style="text-align: center;">O</p> <p>Hvilket utfall, effekt, erfaring, opplevelse, endepunkt er vi interessert i?</p>
<p style="text-align: center;">Pasienter med demens i sykehjem</p>	<p style="text-align: center;">Marte Meo-veiledning</p> <p style="text-align: center;">Tillitskapende tiltak</p>		<p style="text-align: center;">Redusere bruk av tvang</p>

Vedlegg 3

Dato	Database	Søkeord og boolesk operatør (and, or, not)	Begrensninger	Type søk (fritekst, abstrakt, nøkkelord, MESH-termer)	Antall treff	Motiv for ekskludering av artikler	Antall utvalgte artikler
10.01 .12	Sykepleien.no Forskning	Bruk av tvang	Sykepleie forskning	Filtrering via emneord	10	Alle overskriftene passer ikke helt til problemstillin gen vår	3
17.01 .12	Tidsskrift.no	Bruk av tvang	Norsk tidsskrift legeforening	Filtrering via emneord	132	Relevant i forhold til problemstillin g. Begrenset med årstall. Fikk da 14 treff	1
10.01 .12	Swemed	Coercion		Mesh- termer	114	Fikk ikke åpnet i fulltext	0
02.02 .12	Google	Sårbarhet og demens	Nordic school of public health				1
15.02 .12	Idunn	Tvang i sykehjem	Nordisk sygeplejeforskn ing		15	Relevant i forhold til problemstillin g.	1