



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Terningen Arena

4AVS304

Anniken Holst og Sissel Knuts

Veileder: Wenke Moldjord

Utfordrende dusjsituasjon? – Ikke kast inn håndkle!

Challenging bathing situation? – Do not throw in the  
towel!

Ord: 10 283

26.03.12 – 18.05.2012

Bachelor i sykepleie, kull 121

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv  
Brage:

JA

NEI



(Item #1131042, ”country, outdoor, senior”, fra Colourbox, 2012).

***”I glemselens strie land***

*Vi arbeider med mennesker  
i glemselens strie land,  
blant dem som titt er innom  
en fjern og fremmed strand.  
De føler ofte uvisshet –  
«Hvor skal jeg? Hva skjer nå?»  
- men ofte er det spørsmål  
som vi kan svare på.  
Så innimellom skjer det  
at vi ikke kan gi svar,  
og ord blir bare tomhet  
som ingen mening har.  
Et vennlig grep om hånden,  
en stemning som er god  
kan da formidle trygghet  
og gi en egen ro...”*

(I glemselens strie land, s.a.).

## Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	6
1.3 Presentasjon av problemstilling og avgrensing .....	7
1.4 Oppgavens disposisjon .....	8
2. Litteratursøk .....	9
2.1 Databaser og søkeord .....	9
2.2 Presentasjon av litteratur og kildekritikk.....	9
3. Teori .....	13
3.1 Sykepleieteori.....	13
3.1.2 Orems egenomsorgsteori .....	13
3.2 Demens sykdom .....	14
3.2.1 Symptomatologi .....	15
3.3 Utfordrende atferd .....	15
3.3.1 Utfordrende atferd som kommunikasjon.....	16
3.3.2 Forståelse av utfordrende atferd .....	16
3.4 Personlig hygiene .....	17
3.5 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere .....	17
3.5 Autonomi og integritet .....	18
3.5.1 Kroppslig integritet.....	18
3.6 Kommunikasjon .....	19
3.6.1 Informasjon .....	19
3.6.2 Nonverbal kommunikasjon .....	20
3.6.3 Reminisens (minnearbeid).....	20
3.6.4 Realitetsorientering .....	20
3.7 Miljøbehandling .....	21
3.7.1 Musikkterapi.....	21
4. Drøfting .....	22
4.1 Orems egenomsorgsteori.....	22
4.2 Kommunikasjon .....	24
4.2.1 Informasjon i møte med pasienten .....	24
4.2.2 Nonverbal kommunikasjon i møte med pasienten .....	27

4.2.3 Kommunikasjonsprinsipper i møte med pasienten .....	29
4.2.4 Ivaretagelse av kroppslig integritet hos pasienten.....	31
4.2.5 Musikk i møte med pasienten.....	32
5. Konklusjon .....	33

Referanseliste

VEDLEGG:

Vedlegg 1. Oversikt over artikkelsøk

# 1. Innledning

I Norge lider om lag 70 000 personer av demens sykdom. I år 2050 forventes tallet å være hele 160 000, forutsatt at utviklingen er tilnærmet det den er i dag (Folkehelseinstituttet, 2010). I norske sykehjem lider over 75 % av pasientene av en mer eller mindre framskreden grad av demens sykdom (Engedal & Haugen, 2009). I praksis betyr dette at vi som fremtidige sykepleiere uten tvil vil møte denne pasientgruppen innenfor forskjellige yrkesinstanser. Det har i løpet av det siste tiåret vært et økt fokus på bruk av tvang eller press ovenfor personer med demens sykdom i forbindelse med stell og pleie i norske sykehjem (Hem, Gjerberg, Pedersen, & Førde, 2010). I forskningsartikkelen «*Bruk av tvang i sykehjem*» kommer det frem at 45 % av pasientene ved skjermede avdelinger i Norge i løpet av en uke blir utsatt for minst et tvangstiltak (Kirkevold, 2005).

I oppgaven møter vi en eldre dame med demens sykdom som under dusjsituasjoner reagerer med en utfordrende atferd. Utfordrende atferd medvirker ofte til at ulovlig tvang blir tatt i bruk (Kirkevold & Engedal, 2008). Vi ønsker å møte slike situasjoner på en måte som gjør at vi kan ivareta pasientens grunnleggende behov for personlig hygiene, uten bruk av tvang.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I følge skolens retningslinjer for bacheloroppgaven hadde vi mulighet til å velge mellom tre temaer. Vårt valg falt på temaet «*bruk av tvang i sykepleien til pasienter med demens sykdom*». Det er dokumentert en omfattende bruk av tvang til eldre med demens sykdom på norske sykehjem (Hem et al., 2010). Pasienter som har behov for hjelp til daglige aktiviteter, og har en utfordrende atferd, er de som er mest utsatt for denne kvalitetsmangelen på omsorg (Kirkevold & Engedal, 2008). Dette var også noe av årsaken til at Stortinget i 2007 vedtok kapittel 4A som et tillegg til pasientrettighetsloven (Haugen & Engedal, 2009). ”Kapittel 4A. Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv” åpner for at det i enkelte tilfeller er lovlig å anvende tvang (Pasientrettighetsloven, 1999). Lovverket sier imidlertid at det alltid skal iverksettes tiltak som skal forsøke å forhindre tvangsbruken først (ibid.). Vi mener derfor at slike tiltak må iverksettes hos pasienter med samtykkekompetanse, da tvang i slike tilfeller medfører lovbrudd.

Gjennom 3 år på sykepleiestudiet har vi begge kommet i kontakt med pasienter med demens sykdom. Spesielt på sykehjem erfarte vi at det ved flere episoder ble anvendt ulovlig tvang ovenfor denne pasientgruppen. Som ferske i yrket opplevde vi dette som sjokkerende, og ikke minst overraskende. Vi opplevde at utfordrende atferd ofte endte med å bli møtt med tvang, og at pasientenes integritet stod i fare for å bli krenket. Vi ønsker å tilegne oss god kunnskap om hvordan vi kan møte slike utfordringer på en god og riktig måte. Dette er vår bakgrunn for valg av tema.

### **1.3 Presentasjon av problemstilling og avgrensing**

Temaet vi var valgt for oppgaven er omfattende, og det er mange sentrale punkter vi gjerne skulle tatt med for å kunne beskrive hele problemets bredde. Grunnet tiden, metoden og ordene som vi har hatt til rådighet, har det vært nødvendig å foreta avgrensinger.

*«Hvordan kan vi som sykepleiere forebygge utfordrende atferd hos en pasient med demens sykdom som motsetter seg hjelp til personlig hygiene?»*

Som en avgrensing til oppgaven har vi laget et fiktivt case:

I oppgaven møter vi en kvinnelig pasient i 80 årene som bor på en skjermet enhet på et norsk sykehjem. Pasienten lider av en alvorlig grad av demens sykdom, men er fortsatt samtykkekompetent. Hun har reduserte evner til kommunikasjon, og er i tillegg inkontinent for både avføring og urin. Hun har tidligere vært ei velstelt og bestemt dame, og har til tross for diagnosen vært vant til å klare de daglige gjøremålene selv. Etter hvert som sykdommen har forverret seg, er ikke pasienten lenger i stand til å ivareta egen personlig hygiene. Sykepleierne får sjelden dusjet henne, og dusjsituasjonene oppleves som svært utfordrende for begge parter. Under dusjsituasjonen gir pasienten uttrykk for utrygghet, og blir urolig og aggressiv i sin atferd. Denne utfordrende atferden fører til at personalet i noen tilfeller må bruke tvang for å få gjennomført dusjen.

Når pasienten motsetter seg denne hjelpen, og reagerer med utfordrende atferd medfører det at sykepleier blir stående i en konflikt som er av etisk karakter. Sykepleier må på den ene siden dekke pasientens grunnleggende behov, og på den andre siden respektere pasientens juridiske rett til autonomi. Etikk er svært viktig innenfor demensomsorgen. Grunnet begrensinger i antall ord og tid har vi valgt å fokusere på autonomi og integritet. Etske teorier og prinsipper

har vi unnlatt å ta med. Vi har valgt å fokusere på en dusjsituasjon, og ikke det fysiske stedet. Videre har vi valgt å ta utgangspunkt Orems egenomsorgsteori, og behovet for eliminasjonsprosesser og utskillelse av avfallsstoffer. Dette er et av åtte viktige egenomsorgsbehov Orem mener er grunnleggende for at et menneske skal fungere. Hvis en person er i mangel av et eller flere behov, er det sykepleierens oppgave å hjelpe den enkelte til å kunne ivareta eller få tilbake autonomien og egenomsorgen (Cavanagh, 1999). I forhold til utførende atferd har vi avgrenset oss til forståelse, og atferden som kommunikasjon. Videre har vi avgrenset til kommunikasjonsteori, informasjon, nonverbal kommunikasjon, miljøterapi, musikkterapi og to kommunikasjonsprinsipper. Ivaretakelse av pasientens kroppslige integritet er også vårt fokus. Vi mener disse temaene er gode redskaper vi som sykepleiere må ha god kunnskap om i møte med pasienter med demens sykdom og utfordrende atferd.

Vi vet at pårørende spiller en stor rolle i behandlingen, og kan ses på som en ressurs. De innehar mange kunnskaper om pasienten som kan være til nytte. Å være pårørende til en pasient med denne diagnosen kan også være til stor belastning, og diagnosen er ofte kalt *pårørendesykdom* (Engedal & Haugen, 2009). På grunn av restriksjonene i antall ord og tid er ikke dette temaet blitt valgt. Når det i drøftingskapittelet brukes begrepene «pasient» og «hun/henne» omhandler det direkte oppgavens case. «Vi» er bestandig tredje års sykepleiestudenter og oppgavens forfattere.

## **1.4 Oppgavens disposisjon**

Oppgaven består av 5 punkter: 1.innledning, 2.metode, 3.teori, 4.drøfting og 5.konklusjon. Innledningen gir leseren en kort innsikt i hva oppgaven omhandler, og inneholder videre bakgrunnen for vårt valg av tema. Videre presenteres oppgavens problemstilling og avgrensning, samt oppgavens disposisjon. Metodekapittelet beskriver oppgavens metode som er litteratursøk, og hvilke litteraturfunn som har blitt gjort, samt kildekritikk. I teorikapittelet beskrives faglige og aktuelle teorier for oppgaven: Orems egenomsorgsteori, demens sykdom, utfordrende atferd, personlig hygiene, yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, autonomi og integritet og kommunikasjon. Drøftingskapittelet tar utgangspunkt i nevnt teori og besvarer oppgavens problemstilling. Avslutningsvis kommer en kort konklusjon hvor vi beskriver hva vi har kommet frem til i oppgaven.



## **2. Litteratursøk**

Vår metode i denne oppgaven har vært litteratursøk. Gjennom bruk av denne metoden har vi studert litteratur som er skrevet om empiriske opplevelser av forskjellige forfattere. Denne type metode anvendes for å få en oversikt over hva som allerede har blitt skrevet på området. Metoden ga oss mulighet til å samle inn data og belyse problemstillingen vår på en faglig god måte. Fordeler ved litteratursøk er at teoriene allerede er skrevet, og at vi på den måten selv har kunnet velge hva vi ønsket å ta med i oppgaven. Ulemper ved denne metoden har vært å klare og være selektive i innhenting av fagstoff. Det har samtidig vært utfordrende å finne ut hva som var relevant og kvalitetssikkert for oppgaven, samt å innhente det som var best egnet for vår problemstilling (Dalland, 2007).

### **2.1 Databaser og søkeord**

I søk etter fag- og forskningsartikler har vi anvendt skolens databaser for å innhente litteratur for vårt problemområde. Søkemotorene vi har brukt er: SweMed+, The Cochrane library, PubMed via Helsebiblioteket og CinahlFulltext via EBSCOHost. Sykepleien.no, kunnskapsegget og Tidsskriftet.no har også blitt benyttet. Gjennom en analyse av vårt problemområde kom vi frem til gode begreper som kunne anvendes som søkeord: «dementia», «bathing», «communication», «reminiscence», «reality orientation», «reminiscence therapy», «nursing», «integrity», «restraint», «older people», «older adults», «trust», «4A», «empower», «Norway», «Kirkevold» og «nursing homes».

Ordene er brukt om hverandre og oversatt til norsk. Mesh-termer ble søkt opp for å finne flere relevante, synonyme ord. Samtlige av de selvvalgte fag- og forskningsartiklene har blitt ført opp i en tabell med oversikt over database, søkeord, antall treff, leste abstrakter og årsaksforhold til at de har blitt benyttet i oppgaven. Dette skjemaet legges til oppgaven som et vedlegg nr.1.

### **2.2 Presentasjon av litteratur og kildekritikk**

”Kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere den litteraturen som er benyttet” (Dalland, 2007, s. 72). Ved å gjøre oss kjente på høgskolens bibliotek og dens databaser (BIBSYS), ble det enklere å planlegge søkene etter god litteratur. Feltet vi har valgt var godt beskrevet, og vi fikk tidlig en bred oversikt. Vi foretok avgrensinger til sentrale temaer som medførte at

datainnsamlingen gikk raskere. På de databasene hvor det har vært mulig har vi huket av for «full text», «references available» og «scholarly (peer reviewed)» for å kvalitetssikre at litteraturen var vitenskapelig holdbar. Dette kunne vi i søkene etter fagartikler gjort mer strukturert og konsekvent. Vi samlet litteratur fra kjent pensumlitteratur, tidsskrifter, forsknings- og fagartikler.

I oppstarten fant vi det som var av relevant pensumlitteratur. Pensumlitteratur knytter oss til studiet, og vi er godt kjent med både bøker og forfattere innenfor faget. Vi anser skolens utvalg av pensum til sykepleieutdanningen som svært pålitelig. Mesteparten av stoffet vi har anvendt har vært primærlitteratur. Noen artikler og bøker har likevel vært sekundærlitteratur. En utfordring ved å anvende sekundærlitteratur er at forfatteren selv har tolket litteraturen, og kan presentere den på en annen måte enn den originale forfatteren. Dette kan medføre at innholdet kan være noe forandret. På bakgrunn av oppgavens størrelse, og retningslinjenes krav til selvvalgt litteratur var det ikke tilstrekkelig å benytte seg kun av lærebøker (Jmf. retningslinjer for bacheloroppgaven). Ved å bruke BIBSYS fant vi alternative bøker. Vi stilte oss kritiske i søkene etter forfattere og årstall på utgivelse. Innenfor feltet fantes mye litteratur, og vi var selektive i valgene vi foretok. Av bokverk er «*Personer med demens – møte og samhandling*» av Rokstad & Smebye, «*Orems sykepleiemodell i praksis*» av Cavanagh og «*Demens – fakta og utfordringer*» av Engedal & Haugen, de som er mest anvendt. Det har i oppgaven blitt benyttet statistiske opplysninger, og aktuelt lovverk. Vi anser publikasjonstypene som pålitelige.

Søkene etter selvvalgt fag- og forskningsartikler har vært omstendelige. PICO-skjema har blitt anvendt i 4 av artikkelfunnene. Det kunne ha blitt gjort kontinuerlig i alle søk for et enda bedre resultat. Alle artikler har med kritiske blikk blitt vurdert opp mot hverandre, og gått igjennom nøye. Noen av fagartiklene har blitt funnet uten særlige avgrensinger, noe som kan være en ulempe. Den selvvalgte litteraturen anvendt i oppgaven har blitt vurdert opp mot disse kriteriene; relevant tematikk, forfatterinformasjon, database, årstall og tidsskrift. Vi finner alle troverdige innenfor de enkelte feltene. Videre under presenterer vi våre mest anvendte forskningsartikler. Alle er av nyere karakter, og har blitt funnet gjennom søk, med gode avgrensinger, i gode databaser anbefalt av skolen.

«*Nurses perceptions of older patients integrity in long-term institutions*» (Teeri, Välimäki, Katajisto, & Leino Kilpi, 2007).

Artikkelen omhandler pasientintegritet og etiske beslutningsprosesser innenfor sykepleie. Målet med studien var å finne ut hvordan sykepleiere oppfattet at integriteten til eldre ble opprettholdt i sykehjem over lengre tid i Finland (Teeri et al., 2007). Vi mener den kan oversettes til norske forhold på grunnlag av at studiet er gjennomført i Skandinavia. Forhold som var med i kildekritikken var at vi selv har oversatt teksten, og at studiene ble gjennomført ved sykehjem i et annet land enn Norge. Det kan medføre en grad av mistolknings.

«*Pleie og omsorg i grenseland mellom frivillighet og tvang*» (Hem et al., 2010).

Artikkelen belyser problematikken mellom frivillighet og bruk av tvang i helsetjenesten, og dens etiske dilemmaer. Studien ble gjort på fem ulike sykehjem på østlandsområdet, noe som gjør at den kan relateres til vår oppgave. Vi har vurdert artikkelen som valid da den er skrevet av helsepersonell for helsepersonell, og siden den reflekterer rundt vår problemstilling (Hem et al., 2010).

«*Communicating through caregiver singing during morning care situations in dementia care*» (Hammar, Emami, Engström & Götell, 2011).

Artikkelen viser resultater fra et studium gjort på sykehjem for personer med demens sykdom i Sverige. Målet med studien var å vise hvordan pasientgruppen og deres omsorgspersoner uttrykker seg verbalt og nonverbalt i stellsituasjoner med og uten MTC (music therapeutic caregiving) (Hammar et al., 2011). Dens tematikk og forskningsmetode var innvirkninger til at vi valgte å anvende denne. Kvalitative studier er med på å gi oss en mer helhetlig forståelse (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholdt & Reinart, 2007). Studien ble gjennomført på et sykehjem i nabolandet for to år tilbake. Dette var alle positive bidrag til kvalitetssikkerheten. Vi mener studien kan oversettes til norske forhold. En ulempe ved studien er at den er basert på en liten gruppe med få personer, over lang tid, og at noen pasienter og pleiere hadde falt av undervegs. Studien har også sentralisert seg rundt morgenstell, og ikke direkte på dusjsituasjon.

«*Hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene hemmer og fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens?*» (Bergland & Kirkevold, 2011).

Miljøbehandling er i stor grad brukt i demensomsorgen, og var bakgrunnen for artikkelen. Her fikk vi innblikk i hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene som kan benyttes for å øke trivsel og velvære, samt funksjon hos personer med demens sykdom (Bergland & Kirkevold, 2011). Artikkelen baserte seg på et litteraturstudium med oversiktsartikler, og den gav oss en god oversikt. Kirkevold er samtidig en anerkjent forfatter innenfor feltet.

«*Reminiscence therapy for dementia*» (Woods, Spector, Jones, Orrell & Davies, 2009).

Målet med studien var å vurdere hvilken effekt reminisens (minnearbeid) har for eldre personer med demens sykdom og deres omsorgspersoner. Resultatene viste at reminisens ga en tydelig forbedring i pasientens kognisjon både i behandling og sosial kontakt. Artikkelen viste funn som vi kunne bruke i vår oppgave. Av kritikk har vi tatt i betraktning at studien er gjennomført utenfor Norge, og at vi selv har oversatt teksten.

«*Quality of care in Norwegian nursing homes – deficiencies and their correlates*» (Kirkevold & Engedal, 2008).

Undersøkelser av kvalitetsmål for omsorgstjenester ved norske sykehjem var hensikten med denne studien. Her fikk vi god innsikt i bruken av makt i tilknytning til utførelse av dagliglivets aktiviteter i norske sykehjem. Datamaterialet til studien var stort, og vi ser at studien kan være representativ for norske sykehjem (Kirkevold & Engedal, 2008).

«*Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: a randomized controlled trial*» (Sloane et al., 2004).

Målet med studien var å kunne evaluere effekten av to ikke-farmakologiske teknikker for å kunne redusere uro, aggresjon og ubehag hos personer med demens sykdom i sykehjem under dusjsituasjon. Fordelen og grunnlaget for bruk av denne artikkelen var at den beskriver en studie som vi kan relatere til vår problemstilling. Av kritikk kan vi se at den er av noe eldre karakter, gjennomført av hjelpepleiere, og at studien er gjennomført i Amerika. Vi mener likevel at den kan oversettes til norske forhold.

«*Bruk av tvang i sykehjem*» (Kirkevold, 2005).

Bakgrunn for studien var den lite dokumenterte tvangsbruken i norske sykehjem. Artikkelen ga oss nyttig teori og tall på omfanget av tvangsbruk ved skjermede enheter i Norge. Vi anser artikkelen som relevant siden studien er gjort i Norge og omfatter vårt problemområde. Kirkevold er utenom å være sykepleier, en anerkjent forfatter og forsker innenfor feltet. En ulempe kan være at artikkelen er av noe eldre karakter.

## 3. Teori

Vi presenterer i dette kapittelet aktuelle teorier som skal hjelpe oss å besvare problemstillingen.

### 3.1 Sykepleieteori

En sykepleieteori fremstiller typiske kjennemerker og trekk ved pleie og omsorg (Kristoffersen, 2005). ”Teoriene legger hovedvekt på forskjellige sider ved sykepleierens ansvar og oppgaver, og beskriver hva sykepleieren bør rette oppmerksomheten mot i møte med det syke mennesket, og hvilke metoder som kan brukes for å hjelpe” (ibid., s. 13).

#### 3.1.2 Orems egenomsorgsteori

Virginia Henderson sier at sykepleie er: ”... å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han/hun ville ha gjort uten hjelp dersom han/hun hadde hatt tilstrekkelige krefter, vilje og kunnskaper...” (Kristoffersen, 2005, s. 35).

Vi har valgt å anvende Dorothea Orems (1914-2007) egenomsorgsteori, siden teorien bygger på mange av Hendersons prinsipper. Orems sykepleiemodell presenteres ut i fra tre spesifikke teorier; teorien om egenomsorg, teorien om egenomsorgssvikt og teorien om sykepleiesystemene (ibid., s. 38). Orems egenomsorgsteori hadde som formål å etablere en forskningsbasert vitenskap med et fundament i bestemte og faglige sykepleiebegreper (Nortvedt, 2008). Teorien beskriver hvordan sykepleiere kan kompensere for eventuell svikt i de grunnleggende behovene Orem mener at vi mennesker har. ”Egenomsorg kan enklest defineres som individets evne og vilje til å utføre aktiviteter som er nødvendig for å leve og overleve” (Cavanagh, 1999, s. 17). Sykepleierens oppgave her vil være å hjelpe den enkelte pasient til å kunne ivareta eller få tilbake autonomien og egenomsorgen (Cavanagh, 1999). ”Selvbestemmelse, kontroll over eget liv, selvkontroll og mestring av egne problemer anser vi å være grunnleggende for å leve et godt liv” (Nortvedt, 2008, s. 90). ”Sentralt i Orems modell er de såkalte egenomsorgsbehovene (self-care requisites)” (Cavanagh, 1999, s. 19). Her beskrives åtte universelle egenomsorgsbehov som hun mener står sentralt i begrepet egenomsorg. Her er pasientens utviklingsnivå, alder, helsetilstand eller omgivelser ikke av betydning. Under presenteres de åtte egenomsorgsbehovene:

1. behov for å opprettholde tilstrekkelig tilførsel av luft
2. behov for å opprettholde tilstrekkelig tilførsel av vann
3. behov for å opprettholde tilstrekkelig tilførsel av mat
4. behov for eliminasjonsprosesser og utskillelse av avfallsstoffer
5. behov for å opprettholde balanse mellom aktivitet og hvile
6. behov for å opprettholde balanse mellom å være alene og har sosial kontakt
7. behov for trygghet mot farer for liv, menneskelig funksjon og velvære
8. behov for å fremme funksjon og utvikling innenfor sosiale grupper, i samsvar med menneskelig potensial, kjente begrensninger og ønsket om positivt selvbilde (normacy) (Cavanagh, 1999, s. 19).

Orem mener at hvert av disse overnevnte punktene eller aspektene er nødvendig og grunnleggende for at et menneske skal fungere. Orem sier også at disse aspektene må ses som et helhetlig bilde, ikke tas ut av sammenheng og isoleres fra hverandre. De vil da miste sin betydning og funksjon. Egenomsorg fokuserer på konsekvenser av mestringsvikt og konsekvenser av helsesvikt og sykdom” (Nortvedt, 2008, s. 91). Teorien om egenomsorgssvikt forklarer egenomsorgshandlingenes mål og hensikt, som er å sørge for en normal helse, utvikling og menneskelig funksjon. Teorien omhandler en fremstilling av forholdet mellom personens evne til egenomsorg, og hvordan dette forholdet er grunnlaget for vurderingen av behovet for sykepleie (Kristoffersen, 2005, s. 39). ”Teorien om sykepleiesystemene beskriver hvordan sykepleien tilrettelegger sykepleien ut i fra svikten i pasientens evne til egenomsorg” (ibid.). Teorien fremhever samtidig at sykepleier her skal erstatte personens manglende evne til egenomsorg (ibid.).

### **3.2 Demens sykdom**

”Demens er en fellesbetegnelse på en rekke sykelige tilstander i hjernen som er kjennetegnet ved ervervet kognitiv svikt (intellektuell svikt), emosjonell kontroll og sviktende funksjonsevne i forhold til dagliglivets funksjoner” (Snoek & Engedal, 2005, s. 170). Ved demens sykdom er det skader i Hippocampus, thalamus, tinninglappene og områdene rundt tredje hjerneventrikkel. Disse områdene sentraliserer seg rundt læring og informasjonsbearbeiding (Berentsen, 2008). Demens sykdom er som regel en progredierende sykdom. Dette betyr at skadene i hjernen som er årsaken til sykdommen øker samtidig med symptomene. Sykdommen debuterer oftest hos eldre over 65 år (Snoek & Engedal, 2005).

### **3.2.1 Symptomatologi**

Symptomene ved demens sykdom deles inn i tre hovedgrupper; kognitive, motoriske og psykologiske- og atferdsmessige symptomer. Kognitive symptomer er svekkelse av hukommelse, oppmerksomhet, læringsevne og orienteringsevne. Språkvansker, handlingssvikt og en generell intellektuell svikt er også kognitive symptomer. Motoriske symptomer innebærer inkontinens, styringsproblematikk samt muskelstivhet. De psykiske og atferdsmessige symptomene er angst, katastrofereaksjoner, tilbaketrekking, hallusinasjoner, personlighetsendringer, rastløshet, vandring og interesseløshet. Symptomer som aggressivitet, irritabilitet, repeterende handlinger og forandret døgnrytme faller under samme gruppe (Snoek & Engedal, 2005).

Utvikling av demens sykdom er individuelt, men skjer som regel over en 10-årsperiode, og kan inndeles i 3 hovedfaser: mild, moderat og alvorlig demens sykdom. Alvorlig demens sykdom er den siste fasen, og preges av hjelpeløshet i forbindelse med å bo alene selv med hjelp fra pårørende og helsepersonell, og handlingssvikten er betydelig. I den alvorlige fasen av demens sykdom er flesteparten avhengig av å bo i en aldersinstitusjon hvor de kan få fysisk pleie (ibid.). ”Evnen til å kontrollere urin og avføring går tapt, og mange har manglende styring med motoriske aktiviteter samt balansesvikt og gangproblemer” (ibid., s. 172).

### **3.3 Utfordrende atferd**

Atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens kalles APSD. ”APSD defineres som «En betegnelse for å beskrive det mangfoldet av psykologiske reaksjoner, psykiatriske symptomer og episoder med atferd som oppstår hos personer med demens, uavhengig av årsak»” (Engedal & Haugen, 2009, s. 311). Innenfor denne gruppen er angst og aggressivitet vanlige symptomer. Angst forekommer i alle fasene av demens sykdom, og personens sviktende evne til å forstå egen situasjon og evne til å ta vare på seg selv utløser angsten. Medårsaker til angst er hukommelsesbrist som igjen utløser fortvilelse og følelse av å være forlatt.

Katastrofereaksjon er en panikkliknende angst som personer med demens sykdom kan oppleve (Engedal & Haugen, 2009). ”Dette opptrer i situasjoner der den demente ikke forstår situasjonen han er kommet opp i. Han blir redd og aggressiv, setter seg til motverge eller flykter unna...” (ibid., s. 178). Utfordrende atferd er et komplisert og omfattende begrep. Utfordringen er å finne hva atferden er uttrykk for, og finne aktuelle tiltak som kan redusere

eller fjerne den (Engedal & Haugen, 2009). Begrepet utfordrende atferd er knyttet til atferdsforandringene som forekommer ved demens sykdom. Endringene er normale oppfatninger på en forandret "...livssituasjon som i høy grad er påvirket av hjerneorganiske forandringer, endrede muligheter for livsutfoldelse og kommunikasjon, samt endret atferd hos personer i omgivelsene" (Rokstad, 2008, s. 182).

### **3.3.1 Utfordrende atferd som kommunikasjon**

For at sykepleier skal forstå atferden må innfallsvinkelen være åpen, og en må ha en empatisk tilnærming, samt klare å se ting fra pasientens perspektiv. Utfordrende atferd må ses på som en måte å kommunisere på. Uttrykkene må betraktes som normale reaksjoner fra pasientens perspektiv og forutsetninger. Hvordan et menneske oppfører seg er reaksjoner på indre og ytre stimuli (Rokstad, 2008). Denne type atferd kan være pasientenes måte å fortelle at deres livssituasjon er lite tilfredsstillende, og at behovene for kommunikasjon ikke er dekket. Det er i stellsituasjoner pasientene ofte føler seg sårbare, og det er i disse situasjonene at den utfordrende atferden er mest fremtredende (Engedal & Haugen, 2009).

### **3.3.2 Forståelse av utfordrende atferd**

I følge Cohen-Mansfield finnes det tre måter å forstå atferden på. Cohen-Mansfield sier atferden er en "lært sammenheng mellom pasientens atferd, forutgående begivenheter og de reaksjonene som atferden vekker i omgivelsene" (Rokstad, 2008, s. 184). Man kan forstå den som at atferden er lært gjennom eksempelvis økt kontakt eller oppmerksomhet ved uønsket atferd. Videre beskriver hun at utfordrende atferd kan ha bakgrunn i at personer med demens sykdom har en mindre toleranse og er mer sårbare for stress. Dette på grunnlag av at de ikke behersker kravene omgivelsene stiller. Dette medfører et økt stressnivå som igjen fører til angst og utfordrende atferd. Kitwood (1999) sier at fremmedgjøring og omgivelsenes manglende kunnskap om pasienten kan være en trussel for pasientens identitet og selvopplevelse. Dette kan fremprovosere en utfordrende atferd, og er den tredje måten å forstå atferden på (referert i Rokstad, 2008).



### **3.4 Personlig hygiene**

Formålet med god personlig hygiene er å sørge for at huden blir rensed for avfallsstoffer og urenheter. Personlig hygiene er et grunnleggende behov som må være ivarettatt hos alle personer, og behovet ivaretas gjennom vask og stell. Avfallsstoffer og urenheter gir grobunn for mikroorganismer, og øker på den måten faren for infeksjoner (Stordalen, 2009).

”Ofte forbindes begrepet hygiene med renslighet og renhold, men begrepet omfatter helsefremmende og forebyggende tiltak på alle livsområder og på alle nivåer, fra det personlige til det globale” (Dalheim et al., 2005, s. 216). Behovet for personlig hygiene har stor innvirkning på hvordan man føler seg, psyken og det sosiale liv i tillegg til at det er et fysisk behov. Ved sykdom er det ikke alltid en selv klarer å ivareta egne behov, og det å ikke kunne stelle seg selv på vanlig måte innebærer for mange vonde situasjoner som kan føre til mindreverd og tap av egen integritet. Som sykepleier er det vår oppgave å pleie og stelle andre, og på den måten ivareta deres personlige hygiene. Hvordan dette utføres av sykepleier har en unik betydning for hvordan pasienten opplever situasjonen i tillegg til å bli velstelt og ren. Som sykepleier er det viktig å identifisere behovet til pasienten, og samle inn data som kan fortelle en om pasientens forutsetninger for å kunne ivareta den personlige hygien. Sykepleiers gode kunnskaper, ferdigheter, respekt og gode holdninger er essensielt i ivarettelsen av pasienters behov for personlig hygiene (Dalheim, Herud, Jørs, Koch & Skaug, 2005).

### **3.5 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere**

”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygges på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert” (NSF, 2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er regler for akseptabel atferd i jobben som sykepleier. Retningslinjene er utarbeidet av to årsaker; sykepleierens behov for interne retningslinjer, og befolkningens behov for kunnskap om hva som kan forventes av dem. Retningslinjene omhandler seks hovedpunkter hvorav punkt nummer to: ”Sykepleieren og pasienten” er det mest sentrale for vår oppgave. ”Sykepleieren ivarettar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket” (NSF, 2011, s. 8).

### **3.5 Autonomi og integritet**

Autonomi kommer fra to greske ord; *autos* (selv) og *nomos* (lov, styring, regulering) (Brinchmann, 2008). ”Autonomi kan således forstås som selvråderett, selvstyre eller selvbestemmelse. Pasientens autonomi kan forstås på tre ulike måter, - som prinsipp, som egenskap eller som rettighet” (Sitert i Rokstad, 2006, s. 7). God og objektiv informasjon om alle alternativer og alternativenes positive/negative konsekvenser er forutsetninger for at pasienten skal kunne foreta et selvstendig valg. Når en skal vurdere pasientens kompetanse brukes det kliniske og det etiske skjønnet. Gjennom å samtale med pasienten vil sykepleier danne inntrykk om pasienten er mentalt i stand til å velge, og samtidig forsikre seg at pasienten har forstått informasjonen korrekt og dermed kan foreta et begrunnet valg (Brinchmann, 2008).

”Integritet er et begrep som sier noe om personens fysiske og psykiske grenser og at disse skal respekteres. Videre kan begrepet forstås som en person som har selvstendighet og uavhengighet, en person som er autentisk og presenteres seg selv med egne meninger” (Slettebø, 2009, s. 23). Å bli utsatt for tvang krenker ens personlige integritet. For personer med demens sykdom kan følelsen av krenkelsen være desto høyere da de ikke er klar over hva som skjer (Johnsen & Smebye, 2008). Det stilles høyere krav til sykepleier når det omhandler ivaretagelse av pasientens integritet og autonomi hos pasienter med demens sykdom. I slike tilfeller må sykepleier vurdere nøye hvem informasjonen gis til, i hvilken mengde og på hvilken måte (Brinchmann, 2008).

#### **3.5.1 Kroppslig integritet**

Alle mennesker har et personlig rom, og opplevelsen av det er svært individuelt. Mange kan oppleve det som krenkende når dette rommet invaderes av ukjente, og opplevelsen kan endre seg betraktelig når det oppstår sykdom eller aldring. Det personlige rom må respekteres av sykepleiere slik at pasientenes integritet blir ivarettatt. Kroppslig integritet kan i stor grad knyttes opp mot det personlige rom. Mennesker kan oppleve at integriteten blir svekket i stellsituasjoner hvor en må vise intime deler av kroppen, eller tilknyttet berøring (Kirkevold, 2008).

## 3.6 Kommunikasjon

”Begrepet «kommunikasjon» kommer av det latinske ordet *communicare*, som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med” (Eide & Eide, 2007, s. 17). Håkonsen (2009) skriver at begrepet kommunikasjon kan forstås på flere måter, men omfattes oftest som en form for samhandling mellom to eller flere personer som utveksler informasjon.

Kommunikasjon har til hensikt å sende informasjon fra en person til en annen, og kan sees på som en modell. *Kilde, sender, kanal, mottaker og mål* er fem ulike komponenter som modellen inneholder. Disse komponentene er viktige for at kommunikasjonen skal oppnå sin hensikt. Budskapets innhold og tydelighet, hvordan budskapet blir sendt og mottatt er faktorer som kan medvirke til at kommunikasjonen blir forstyrret (ibid., s. 219).

Feedback er et begrep av betydning og er grunnleggende for å kunne forstå kommunikasjonsprosesser. Feedback er en form for tilbakemelding og oppfattes som reaksjoner på kommunikasjonen. Ved hjelp av disse tilbakemeldingene får partene kontinuerlig informasjon om budskapet i kommunikasjonen når frem. Disse signalene registreres, og gir grunnlag for endring, tilpasning eller avslutning på kommunikasjonen (Håkonsen, 2009).

### 3.6.1 Informasjon

”I ordbøker defineres informasjon som opplysning eller underretning” (Pearsall, sitert i Tveiten, 2008, s. 68). Å bli informert er en pasientrettighet, og mangel på informasjon kan føre til utrygghet og mistillit. Det er en forutsetning at informasjonen er forstått av personen som mottar den (Tveiten, 2008). ”Evnen til å oppfatte den informasjon som gis, eller den kunnskap som formidles, inngår i sykepleierens pedagogiske funksjon ved at sykepleieren vurderer pasientens forutsetninger for læring og behov for informasjon og kunnskap” (ibid., s. 20). Informasjonen som skal gis skal være individuelt tilpasset. Pasientrettighetsloven § 3-2 sier at: ”Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger” (Pasientrettighetsloven, 1999).

### **3.6.2 Nonverbal kommunikasjon**

Nonverbal kommunikasjon er kommunikasjon uten ord, og er et responderende språk. Kroppsspråk, blikk, ansiktsuttrykk, berøring, avstand/nærhet og tid er alle nonverbale kommunikasjonskanaler. Nonverbale ferdigheter innebærer at personen ser, hører, bekrefter, motiverer, styrker og forstår den andre. Menneskers holdninger og følelser gir et indirekte uttrykk gjennom denne type kommunikasjon (Eide & Eide, 2007). Nonverbal kommunikasjon er et grunnleggende hjelpemiddel til å bygge relasjoner, motivere, og stimulere til mestring og bruk av egne ressurser hos den andre. Bruk av stillhet, ikke-ord og pauser er gode kommunikative virkemidler som skaper forventinger og spenning. Disse representerer samtidig en respekt for den andres integritet og autonomi. Nonverbal formidling vil alltid følge de talte ordene. Kroppsholdning og bevegelse gir signaler som er viktig at sykepleier tenker på (Hummelvoll, 2004).

### **3.6.3 Reminisens (minnearbeid)**

Reminisens eller minnearbeid er en form for kommunikasjon. Denne kommunikasjonsformen henter frem minner hos pasienten. For å kunne benytte denne formen, er det en forutsetning at sykepleier kjenner til pasientens tidligere liv og historie. Eksempelvis kan sykepleier benytte seg av gamle gjenstander som pasienten husker fra gamledager, lukter fra barndommen, og bilder. Hos den gamle pasienten kan minnene ha stor betydning. Reminisensarbeid kan bidra til at pasienten får en bedre helse og bedre livskvalitet (Eide & Eide, 2007). ”Minnet kan være med på å gjøre at den gamle kan holde fast i sin egen følelse av verdi og verdighet og styrke sin identitet” (ibid., s. 393).

### **3.6.4 Realitetsorientering**

”Orienteringssvikt og svekket hukommelse er sentrale kjennetegn ved demens sykdom” (Wogn-Henriksen, 2008, s. 104). Realitetsorientering handler om å informere pasienten om virkeligheten, slik at pasienten skal kunne forstå, samt bearbeide den situasjonen personen befinner seg i. På denne måten blir situasjonene mer meningsfulle og mindre forvirrende (Hummelvoll, 2004). En tilpasset måte å gjennomføre realitetsorientering på er å bruke miljøet til å informere pasienten. Ved bruk av klokker, kalendere og skilt, legges forholdene i avdelingen til rette for pasienten. Det er viktig at personalet ofte minner pasientene på hva

som skal skje, klokkeslett, hvor de er og hvem de er. Det kan for mange virke betryggende og være til stor hjelp. Hensikten med realitetsorientering er å forebygge at pasientene blir forvirret (Wogn-Henriksen, 2008).

### **3. 7 Miljøbehandling**

”Begrepene miljøbehandling og miljøterapi brukes synonymt. De kan defineres som en form for behandling som legger vekt på de terapeutiske prosessene som kan mobiliseres og iverksettes i det miljøet pasienten befinner seg i” (sitert i Rokstad, 2008, s. 153).

Miljøbehandling tar utgangspunkt i forhold som påvirker dagliglivet, og er en tilrettelegging av omgivelsene. Miljøbehandling har som mål å bedre personens sosiale og kognitive ferdigheter i form av aktiviteter som skal gi mestring og bedre personens selvfølelse. Målene må alltid tilpasses individuelt (Rokstad, 2008). ”Når det gjelder personer med demens sykdom, er målet i første rekke å sette den enkelte i stand til å bruke sine ressurser maksimalt, og bidra til å opprettholde selvstendighet” (ibid., s. 153). Trygghet, støtte, struktur, engasjement og gyldiggjøring er avgjørende elementer i et terapeutisk miljø. Hvordan dette miljøet skapes avhenger av hvordan personalet skaper relasjoner, og bygger en kultur som involverer og støtter individet (referert i Rokstad, 2008).

#### **3.7.1 Musikkterapi**

Bruk av musikkterapi i form av sang og musikk er vanlig i demensomsorgen. Det brukes både individuelt og i grupper. Musikkterapi skal redusere stress og uro, vekke minner, medvirke til sosial deltakelse og positive opplevelser. Musikkens språklige stimuli vil ha god effekt for personer med et svekket verbalt språk. Ved at personene kan knytte minner til musikken vil det føre til at personens egenverdi og identitet blir styrket (Rokstad, 2008).

## 4. Drøfting

I dette kapitlet skal vi drøfte hvordan vi som sykepleiere kan forebygge utfordrende atferd hos en pasient med demens sykdom som motsetter hjelp til personlig hygiene. Utfordrende atferd er en måte å kommunisere på. Det er derfor viktig at vi har god kunnskap om sykepleie og kommunikasjon. Vi har delt drøftingen inn i 2 hovedpunkter; Orems egenomsorgsteori og kommunikasjon. Siste punktet er omfattende, og har derfor blitt delt inn i underpunkter. Punktene må ses som en helhet, men for å kunne presentere et oversiktlig drøftingskapittel har vi valgt å dele det opp. Vi vil drøfte disse punktene i forhold til oppgavens teorikapittel, aktuell forskning, og egne erfaringer fra praksis.

### 4.1 Orems egenomsorgsteori

I følge Orem er vår oppgave som sykepleiere å hjelpe den enkelte pasient til å kunne ivareta eller få tilbake autonomien og egenomsorgen (Cavanagh, 1999). Egenomsorg omhandler pasientens evne til å ta vare på seg selv. I oppgavens case møter vi en pasient som har en alvorlig grad av demens sykdom. Vi mener imidlertid at det for pasienten vil være vanskelig å kunne klare og ta vare på sin egenomsorg. I denne fasen av sykdommen preges hun av hjelpeløshet og handlingssvikt. Hennes evne til kontrollere eliminering er tapt, og har medført til at hun er inkontinent for både avføring og urin (Snoek & Engedal, 2005). Siden pasienten ikke lenger har evner til selv å ivareta sitt egenomsorgsbehov, blir det her vår oppgave å utføre hygieniske tiltak på kroppens overflate. Orem mener vi kan hjelpe pasienten på flere måter. Vi tar utgangspunkt i hjelpemetoden: ”å handle eller gjøre noe for en annen”, siden pasienten ikke klarer dette selv (sitert i Cavanagh, 1999, s. 33). I denne oppgaven relaterer vi det til hjelp til personlig hygiene i form av dusj. Dette begrunner vi ut ifra Orem som sier at behovet for eliminasjonsprosesser og utskillelse av avfallsstoffer er et egenomsorgsbehov som er nødvendig for at et menneske skal fungere (Cavanagh, 1999).

”En grunnverdi i helsetjenesten er at sykepleie og behandling skal bygge på pasientens rett til autonomi og integritet. I denne sammenheng står integritet for menneskers rett til å opprettholde sin verdighet uansett ytre forhold” (Hummelvoll, 2004, s. 80). Når pasienten møter oss med en utfordrende atferd og motsetter seg hjelp, blir vi stående i en etisk konflikt. Vi må respektere hennes rett til autonomi på lik linje med hennes rett til hjelp til personlig

hygiene. På den ene siden vet vi at pasienten er samtykkekompetent, og at vi må respektere hennes autonomi og integritet. Dette vil da kunne medføre at hun ikke dusjer, og at hennes grunnleggende behov ikke blir ivaretatt. Det er riktignok utfordrende for oss å vite om pasienten har forstått situasjonen, og om hun er i stand til å vurdere de ulike konsekvensene for valget hun tar. Vi vet at sykdommen hennes gjør at disse evnene er betydelig svekket (Johnsen & Smebye, 2008). Rokstad sier at ”...en kan likevel ofte bli overrasket over hvor klare og utvetydige mennesker med demens kan være i enkelte spørsmål som angår deres egen situasjon” (2006, s. 8). Fra før vet vi at pasienten tidligere var en velstelt dame, og vi kan derfor ikke være sikre på om valget hun tar nå er reelt. Vi vil derfor snakke med henne slik at vi kan danne oss et inntrykk, og finne ut om hun mentalt er i stand til å ta et autonomt valg (Brinchmann, 2008).

På motsatt side vet vi at pasientens behov for hjelp til personlig hygiene er påfallende. Det er også vår jobb som sykepleiere å sørge for at behovet er ivaretatt. Uten vår hjelp til dusj vil hun ikke få ivaretatt sitt grunnleggende behov, og vil være utsatt for infeksjonsrisiko (Stordalen, 2009). Det er ved at vi respekterer denne retten, og ikke hennes autonomi at tvangsproblematikken kommer inn i bildet. Vi viser til en undersøkelse gjort i forbindelse med tvangstiltak på sykehjem i Norge. Av pleierne som deltok svarte ca. 20 % at de daglig eller ofte dusjer pasientene mot deres vilje (Skovdahl, Kihlgren & Kihlgren, referert i Brodtkorb, 2008, s. 151). Vi vet at tvangsbruk vil føre til at hennes integritet vil bli krenket, og medføre lovbrudd. Vi vil derfor unngå disse avvikene. For vi mener at til tross for hennes svekkede evner til å ta autonome valg, må respekteres som et unikt individ. Det er her heller vår oppgave å finne andre alternativer slik at vi kan ivareta begge behovene. Dette sier også de etiske retningslinjer for sykepleiere i punkt nummer to: ”Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket” (NSF, 2011, s. 8).

Å respektere hennes integritet og autonomi betyr ikke nødvendigvis at vi lar være å dusje henne. Det kan tvert imot bety at vi møter henne på en måte som gjør at hun ikke reagerer med en utfordrende atferd. For vi mener den utfordrende atferden er årsaken til at hun motsetter seg hjelp til dusj, og at vi gjennom andre tilnæringsmåter kan unngå atferden. Vi har funnet forskning som bekrefter at utfordrende atferd ofte oppstår i forbindelse med stell, og at ”Konflikt og uro har sammenheng både med pasientenes forvirring og hjelpeløshet, samt

at måten hjelpen gis på kan komme i konflikt med individuelle vaner og preferanser knyttet til personlig hygiene....Motstanden kan være knyttet mer til måten pleien gjøres på enn motstand mot selve handlingen” (Hem et al., 2010, s. 4). På en annen siden kan selve dusjsituasjonen gjøre henne stresset, og kan da være årsaken til at hun reagerer med en utfordrende atferd. Vi vet at personer med demens sykdom er mer sårbare for stress. Dette bunner i at de ikke lenger er i stand til å mestre omgivelsene (Rokstad, 2008).

Engedal & Haugen sier at utfordrende atferd er pasientens måte å uttrykke at situasjonen er lite tilfredsstillende, og at behovene for kommunikasjon ikke er dekket (2009). Gjennom å møte pasienten med forskjellige kommunikasjonsmåter mener vi at den utfordrende atferden kan forebygges. Vi vil innledningsvis i møte med pasienten vise at vi respekterer hennes integritet og autonomi. Dette mener vi vil føre til at hun blir mer mottakelig for hjelp til personlig hygiene. Forskning sier at opprettholdelse av integritet er en avgjørende forutsetning for en kvalitetssikker og god sykepleie (Teeri, Välimäki, Katajisto, & Leino-Kilpi, 2007).

## **4.2 Kommunikasjon**

Hvordan et menneske oppfører seg er reaksjoner på indre og ytre stimuli. Under dusjsituasjonen reagerer pasienten i oppgavens case med en utfordrende atferd, og det er viktig at vi som sykepleiere ser, og møter denne atferden som en form for kommunikasjon. Denne type atferd kan være hennes måte å fortelle oss at hun ikke føler seg trygg i situasjonen. Dette kommer av at personer med en alvorlig demens sykdom ikke lenger er i stand til å forstå egen situasjon (Rokstad, 2008).

### **4.2.1 Informasjon i møte med pasienten**

Martinsen (1993) skriver at ”Ifølge Knud Løgstrup er tillit noe naturlig som kan vokse frem mellom mennesker som møtes” (siteret i Tveiten, 2008, s. 73). Å bli informert er en pasientrettighet, og mangel på informasjon kan føre til utrygghet og mistillit (Tveiten, 2008). For at pasienten skal kunne ta et autonomt valg må vi gi god og riktig informasjon (Rokstad, 2006). Dette mener vi vil skape tillit.



Før vi skal informere pasienten om hva som skal skje, mener vi det er hensiktsmessig at vi lager en trygg situasjon sammen med henne. Dette vil vi gjøre på en rolig måte ved å sette oss ned med pasienten, og forsiktig stryke henne på armen og tilby ei hånd å holde i. Vi vil presentere oss, og spørre om pasienten har det bra i dag. Videre vil vi informere om at hun skal få tilbud om dusj når hun klar for det. Dette vil gi pasienten forutsigbarhet, og hun vil oppleve at vi har god tid. Vi har opplevd i praksis at kroppskontakt har vært tillitsskapende, og har ført til at pasientene har blitt tryggere på oss. Munch bekrefter at personer med demens sykdom er følsomme for hvordan de blir møtt, og at en bevisst tillitsskapende tilnærming fra sykepleieren er en nødvendighet (2008).

Videre skal vi informere pasienten om at vi nå skal hjelpe henne slik at hun får vasket og dusjet seg på badet sitt. Vi vil informere om viktigheten av å dusje, samt oppmuntre til at det blir godt etterpå. Spørsmål som vi vil stille er eksempelvis; - vil du vaske håret i dag? - Vil du vaske håret til slutt? Ved å gi henne slike valgmuligheter viser vi at vi respekterer hennes valg, og hun vil bevare sin autonomi i situasjonen (Rader et al., 2006). Vi vil snakke langsomt, med enkle ord og i korte setninger. Wogn-Henriksen bekrefter at det for sykepleier er avgjørende med enkle og korte setninger, en rolig tale, og lukkede spørsmål i kommunikasjon med personen med demens sykdom (2008). Forskning sier på den andre siden at langsom tale kan føre til at personer med demens sykdom lettere kan glemme det første som ble sagt i setningen (referert i Hammar, Emami, Engström & Götell, 2011).

Vi vil også bruke informasjonen til å anerkjenne pasientens handlinger. Vi vil fortelle hva vi skal gjøre og hva hun selv kan gjøre. Et eksempel kan være å gi pasienten en vaskeklut i hånda, for så å si at hun kan vaske seg selv i ansiktet/eventuelt vise henne hvordan. Munch bekrefter at det for personer med demens sykdom kan være vanskelig å vite hva som er riktig og ikke. Pasientens mestring og selvtillit vil øke ved at sykepleier anerkjenner personens handlinger (2008). Gjennom å tilrettelegge for at hun skal kunne bruke sine ressurser, bidrar vi til at hun opprettholder sin selvstendighet i situasjonen. Dette bekrefter Rokstad at er essensen i miljøbehandling (2008).

”Å tilpasse informasjonen til pasientens behov krever omtanke. Det gjør også selve formidlingen. For informasjonen skal frem. Pasienten skal både høre, forstå, og huske det som er nødvendig, og oppleve å bli ivaretatt på en god måte” (Eide & Eide, 2007, s. 292). På grunn av pasientens nedsatte oppmerksomhets- og konsentrasjonsevne, kan informasjonsformidlingen i denne situasjonen by på utfordringer. Wogn-Henriksen sier at det for pasienter med svekket hukommelse er viktig at informasjonen er håndterbar (2008). Erfaringer vi har gjort oss fra praksis har vært forskjellige. Hos enkelte pasienter har det vært hensiktsmessig å gi mye detaljert informasjon om hva, hvorfor og hvordan dusjen skal foregå med en gang. Pasientene reagerte da med tillit siden de kunne forutsi hva som skulle skje, og hadde kontroll over situasjonen. Andre ganger har mye informasjon ført til at pasientene har blitt forvirret, aggressive, og ikke husket noe av hva som ble sagt. Her var det nødvendig med formidling av minst mulig informasjon. Bruk av enkle ord og instruksjoner medførte at pasienten husket hva som ble sagt, og var klar over hva som skulle skje. Vi vil derfor fokusere på å informere kun om det mest nødvendige. Dette for å forebygge forvirring som igjen kan føre til at hun reagerer med en utfordrende atferd. I første omgang blir det å fortelle henne hva som skal skje i hvert øyeblikk. Eide og Eide bekrefter at det ikke må gis så mye informasjon at pasienten ikke er kapabel til å motta og forstå den (2007). Tveiten er enig, og sier at for mye informasjon kan føre til at pasienten blir forvirret og stresset (2008).

Vi vil være bevisste over hvordan vi formidler informasjon, slik at vi forsikrer oss at hun forstår, og blir trygg i situasjonen. Forståelsen for situasjonen vil kunne føre til økt tillit, og at hun ikke motsetter seg den hjelpen hun skal få. ”Tillit er menneskets følelse av at andres godhet, ærlighet og dyktighet er å stole på. Tillit medfører ofte en overføring av makt til en person eller til et system, makt til å handle på mine vegne, til mitt beste” (Fugelli, 2011, s. 1). Informasjon er dermed et viktig redskap vi vil bruke i vårt møte med pasienten. Dette mener vi vil forebygge hennes utfordrende atferd. Wogn-Henriksen bekrefter viktigheten av å informere pasienten om hva som skal skje, siden utfordrende atferd er vanligst i stellsituasjoner (2008).

#### 4.2.2 Nonverbal kommunikasjon i møte med pasienten

Siden pasienten i oppgaven har redusert evne til å kommunisere, kan det være utfordrende for oss å forstå om informasjonen vi har gitt er mottatt. Vi må da observere hennes nonverbale språk. Dette kan vi gjøre ved å lese hennes kroppsspråk, blick og ansiktsuttrykk. Dette er hennes responderende språk, og vil kunne indikere om hun har forstått eller ikke, og hvor trygg hun er i situasjonen (Eide & Eide, 2007). For selv om vi informerer på en enkel måte, er det ikke sikkert pasienten alltid forstår hva vi mener. Hvordan vi formidler er derfor viktig. Informasjon er aldri er gitt før den er mottatt (ibid.). Dette bekreftes av Jootun & McGhee, som sier at det å gi informasjon ikke bare innebærer å formidle den, men samtidig forsikre seg at den er forstått (2011).

Det er imidlertid like viktig at vi som sykepleiere på vår side har gode nonverbale uttrykk. Jootun & McGhee skriver i artikkelen ”*Effective communication with people who have dementia*” at sykepleier må være i visshet om at det nonverbale språket vil kunne ha en betydning for hver enkelt setning som blir sagt (2010). Eide og Eide sier at nonverbal kommunikasjon har mange funksjoner men at ”Den viktigste funksjonen er kanskje å møte den andre på en bekreftende, oppmuntrende og bestyrkende måte, og gjennom det skape trygghet og tillit ...” (2007, s. 199). Øyekontakt eller blickkontakt uttrykker mange holdninger (Eide & Eide, 2007). Vi vil hele tiden forsøke å holde øyekontakt med pasienten. Slik viser vi vår fulle oppmerksomhet og interesse. Det vil resultere i en trygg og beroligende situasjon for pasienten. På motsatt side må vi være bevisste på at for mye og intens blickkontakt kan forårsake engstelse og negative reaksjoner hos pasienten (ibid.).

Vi vil derfor være bevisste, og hele tiden lese pasientens respons. Fra der kan vi tilpasse vårt eget nonverbale språk. I møte med pasienten vil vi uttrykke at vi har god tid. Senkede skuldrer, smil om munnen, rolige bevegelser og lavt stemmeleie vil uttrykke dette. ”Når personen med alvorlig demens sykdom blir møtt med smil og et engasjert kroppsspråk kan pasientens utrygghet og angst for å mislykkes dempes, og forventninger om å lykkes kan styrkes” (Munch, 2008, s. 318). Tveiten sier at det i demensomsorgen er avgjørende at sykepleier tar seg tid til pasienten, og at holdningene viser det samme (2008). Wogn-Henriksen bekrefter at avsatt tid til pasienten vil øke mulighetene for god og gjensidig kommunikasjon (2008).

Erfaringsmessig har vi derimot opplevd at tiden ikke alltid er på vår side. Under de fleste praksisperiodene har vi kommet ut for en eller annen form for tidspress. Når man jobber under stress er det ikke like lett å skjule at man har det travelt. Dette kan gjenspeiles i kommunikasjonen. Ofte var tidspresset grunnet få ansatte på jobb i forhold til pasienter. Forskningsartikkelen «*Quality of care in Norwegian nursing homes – deficiencies and their correlates*» bekrefter at sykehjemmenes bemanning, og type sykehjem har en betydelig innflytelse i kvaliteten på omsorg i norske sykehjem (Kirkevold & Engedal, 2008). Relasjonsbygging med personer med demens sykdom krever mye tid (Edberg, 2011). Selv om vi under dusjsituasjonen er under tidspress, må vi allikevel være oppmerksomme på at det er kongruens mellom vårt verbale og nonverbale språk. Vi har observert kroppsspråk i regi av oppgitte sukk, tripping og titting på klokka. Vi mener at dette er klare tegn som vil kunne påvirke pasientens trygghet, og må derfor unngås. Artikkelen «*The special needs of the hospitalized patient with dementia*» bekrefter våre tanker om dette, og sier at tidspress fort blir synliggjort ovenfor pasienten. Hvis sykepleier er stresset eller bekymret gjenspeiles det som regel i holdningene og måten arbeidet blir utført på (Weitzel et al., 2011). Vi mener på motsatt side at sykepleierne noen ganger selv er skyld i noe av tidspresset, og at det er mye som kan gjøres for å unngå det. Selv om det foreligger et tidspress kan man unngå mye stress ved å disponere den tiden man har til rådighet på en bedre måte.

Vi mener dusjen må planlegges og at planleggingen vi gjør i forkant kan hjelpe på tidspresset. Ikke minst mener vi planleggingen vil være med på å forhindre utfordrende atferd hos pasienten. Det vil være nyttig å tilegne oss kunnskap om hvordan pasienten liker å ha det rundt seg. Dette gjør vi ved å snakke med kollegaer, og dele erfaringer. «*Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang*» styrker våre tanker og beskriver tidligere studier som hevder at: ”Kunnskap om pleierens erfaringer og håndteringsmåter kan bevisstgjøre pleierne og gi dem flere strategier for å håndtere krevende pleieoppgaver og bidra til å iverksette tiltak som styrker kvaliteten på omsorgen. På sikt kan det redusere tvang” (Hem et al., 2010, s. 2). Kristoffersen bekrefter at pasientens vaner, livssyn, og sosiokulturelle forhold er faktorer som sykepleier må ta hensyn til slik at pasienten både før, under og etter stellet skal føle seg trygg, ren og oppleve velvære (2005). Det er viktig at vi har kunnskap om årsakene til at atferden oppstår slik at de kan forebygges. Dette bekreftes av Kitwood (1999). Han sier at fremmedgjøring og omgivelsenes manglende kunnskap om pasienten kan være en trussel for

pasientens identitet og selvopplevelse. Dette kan fremprovosere utfordrende atferd (referert i Rokstad, 2008).

Hvis vi ikke har kunnskap om hvilke ytre stimuli som har hatt positiv eller negativ innvirkning på pasienten ved tidligere dusjsituasjoner, må vi gjøre oss disse erfaringene selv. Erfaringsmessig har vi sett at bråe bevegelser, høyt stemmeleie, skarpt lys og kalde gulv har vært stimuli som har virket negativt på pasientene. Forskning viser at kunnskap om hvordan ulike stimuli påvirker pasientene, kan medføre mindre fysisk utagering og urolighet i forbindelse med dusjsituasjoner. De begrunner stresset som oppstår i dusjsituasjonen som et resultat av overstimulering og/eller uforståelige stimuli (Bergland & Kirkevold, 2011). Vi stiller oss dog litt undrende til dette siden vi har opplevd at råd vi har fått ikke bestandig har fungert i møte med pasienten. Vi mener mye avhenger av pasientens dagsform, og av sykepleierens holdninger og fremtreden.

### **4.2.3 Kommunikasjonsprinsipper i møte med pasienten**

Vi vet at sykdommens symptomer gjør at pasienten vil ha svekkede evner til å kunne videreføre sin identitet til oss. Travelheten som preger en hverdag på sykehjemmet kan også være medvirkende faktorer til dette. Det er derfor viktig at vi ser henne som den personen hun er i dag, på lik linje med den hun var før sykdommen (Wogn-Henriksen, 2008).

Fra før er vi klar over at pasienten var en velstelt og pertentlig dame. Vi mener derfor at kommunikasjonsmetoden reminisens vil være en god metode som vil føre til at hun ikke reagerer med utfordrende atferd. Ved å bruke reminisens kan vi benytte oss av gamle gjenstander eller lukter som pasienten husker fra gamledager. Eksempler på dette kan være såpe, parfymer og håndklær (Eide & Eide, 2007). ”Vi kan bruke minnearbeid for å minne mennesker om deres tidligere selvtillit og kompetanse, som så kan innvirke positivt på deres selvfølelse i dag” (Wogn-Henriksen, 2008, s. 104). Vi vil i møte med pasienten anvende kjente gjenstander som hun forbinder med hygiene og dusj. Dette mener vi kan medvirke til at hun forstår hva som skal skje, og til at hun føler seg trygg i situasjonen. Vi mener reminisensarbeid kan føre til at hun husker hvordan hun skal gjøre det, og til at hun medvirker selv. Slik vil pasienten føle kontroll og autonomi, og vi kan forebygge hennes utfordrende atferd. Her hjelper vi pasienten til selv å ivareta behovet for personlig hygiene. Når pasienten

mestrer egne problemer, og medbestemmer i situasjonen utfører vi sykepleie slik Orem beskriver i egenomsorgsteorien (Cavanagh, 1999). Artikkelen «*Reminiscence therapy for dementia*» bekrefter at reminisens er en god metode å bruke i kommunikasjon med eldre med demens sykdom. Reminisens forbedrer pasientens kognisjon både i behandling og sosial kontakt (Woods, Spector, Jones, Orrell & Davies, 2009). Ute i praksis har vi gode erfaringer med reminisensarbeid. Ved å hente frem gamle, positive minner hos pasientene så vi at det var lettere å nå igjennom. Det var tydelig at langtidshukommelsen var mer tilstede enn korttidsminne. Likevel var det ikke alltid positive utfall, og vi opplevde at det var veldig personavhengig. Dagsformen til pasientene var også utslagsgivende. Hos noen pasienter ble forståelsen av at de nå trengte hjelp mer fremtredende. Dette førte til frustrasjon og reminisensarbeidet oppnådde ikke sin hensikt hos disse pasientene.

Virker ikke reminisensarbeid i vårt møte med pasienten, vil vi ikke oppnå vår hensikt med sykepleien. Det vil kunne medføre at pasienten møter oss med utfordrende atferd, og vi må da forsøke med et annet kommunikasjonsprinsipp. Gjennom å realitetsorientere pasienten vil hun forstå hva som skal skje akkurat i øyeblikket. Under dusjsituasjonen vil vi hele tiden forklare hva vi gjør, og hvorfor. Siden vi er de som kommer med kunnskap som hun har vanskeligheter med selv å få frem selv, kan vi med realitetsorientering skape trygghet og tillit. Wogn-Henriksen bekrefter at personer med demens sykdom ofte er takknemlige for at de blir orientert i utrygge situasjoner (2008). Vi synes derfor at kommunikasjonsprinsippet kan medvirke til at hun ikke motsetter seg hjelpen hun får fra oss. Det er riktignok ikke bare enkelt å anvende realitetsorientering i møte med personer med demens sykdom. Realitetsorientering kan fort bli oppfattet negativt av pasienten. Når vi realitetsorienterer er det lett at vi kan havne i et spor hvor vi hele tiden korrigerer hennes feiloppfatninger. Woods (2004) bekrefter at vi har tapt hvis vi i dusjsituasjonen ender med at pasienten føler seg overkjørt og latterliggjort (referert i Wogn-Henriksen, 2008). Vi må derfor tenke over hvordan vi bruker realitetsorienteringen slik at kommunikasjonsprinsippet får ønsket effekt.

#### 4.2.4 Ivaretagelse av kroppslig integritet hos pasienten

Vi som sykepleiere må vite at hennes utfordrende atferd kan være en måte å fortelle oss at hun er lite tilfreds med situasjonen hun er i. Det er derfor viktig for oss i forståelsen av atferden at vi har en åpen innfallsvinkel, og er empatiske i vår tilnærming. Vi må forsøke å se ting fra hennes perspektiv (Rokstad, 2008). Alle mennesker har et personlig rom, og opplevelsen av det er svært individuelt. Mange kan oppleve det som krenkende når dette rommet invaderes av ukjente, og opplevelsen kan endre seg betraktelig når det oppstår sykdom eller aldring (Kirkevold, 2008). I tillegg er dusjing av andre en av de mest intime oppgavene vi som sykepleiere kan utføre. Vi må være klar over at dusjsituasjonen for pasienten kan oppleves som uforståelig og truende. Smerter, fatigue, tap av autonomi, samt det å måtte være blottet foran andre, er faktorer som kan medføre at personen reagerer med en utfordrende atferd. Følelsen av ikke å gjenkjenne seg eller vite hva som skal skje virker også inn (Weitzel et al., 2011). ”Kroppen er den mest beskyttede delen av oss, og at enhver berøring innenfor dette private området kan oppfattes som en trussel” (Teeri et al., 2007, s. 491, egen oversettelse).

I følge Levine, er det i utøvelsen av sykepleie grunnleggende å ivareta pasientens kroppslige integritet (referert i Kirkevold, 2008, s. 93). Hvis vi opplever at pasienten reagerer med utfordrende atferd når hun blir avkledd på badet må vi ta det som et tegn. Atferden kan skyldes at vi ikke ivaretar hennes kroppslige integritet. Det finnes imidlertid andre måter vi kan gjennomføre dusjsituasjonen på som ikke innebærer at hun må bli kledd naken. Da vil slippe å føle at vi invaderer hennes personlig rom. Slik bevarer vi også hennes kroppslige integritet (Kirkevold, 2008).

Vi vil derfor benytte oss av «helvask», som er en alternativ måte å gjennomføre dusjen på. «Helvask» er vår oversettelse og forståelse av det engelske ordet «Towelbath». Metoden går ut på at vi ved hjelp av håndklær både vasker og tildekker pasienten samtidig. Vi får støtte i forskningsartikkelen «*Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: a randomized controlled trial*». Her bekreftes det at denne metoden er smart og hensiktsmessig i dusjsituasjoner med personer med demens sykdom. «Helvask» kan være medvirkende til en reduisering av personens utfordrende atferd, og det kan være enklere å nå gjennom. «Helvask» vil gjøre pasientene tryggere i situasjonen, samt bevare deres kroppslige integritet (Sloane et al., 2004). Denne varianten er vi godt kjent med fra praksis. «Helvask» er ofte mer

tidkrevende, og vi har erfart at man som regel må være to stykker for å få gjennomført det. Som regel har erfaringene vært gode. Vi mener at vi gjennom denne metoden i mye større grad kan ivareta hennes kroppslige integritet. Vi har riktignok også opplevd at pasientene ble like forvirrede, og motsatte seg hjelp.

#### **4.2.5 Musikk i møte med pasienten**

Pasienten i oppgaven har problemer med å forstå og utrykke seg gjennom kommunikasjon. Samhandlingen oss i mellom kan derfor bli problematisk (Hammar et al., 2011). For at vi skal kunne klare å ta vare på hennes personlige hygiene er det nødvendig at vi har god kommunikasjon og samhandling (Wogn-Henriksen, 2008). Hvis vi opplever at pasienten ikke mottar informasjonen vi gir, og fortsatt motsetter seg hjelp, vil vi benytte oss av musikkterapi. Bruk av musikkterapi i demensomsorgen er en vanlig tilnæringsmåte som blant annet skal redusere stress og uro.

Vi mener at musikkterapi i møte med pasienten vil ha positiv effekt. Nyere forskning bygger opp under våre tanker om dette. «*Communication through caregiver singing during morning care situations in dementia care*» viser hvordan MTC (music therapeutic caregiving) i pleiesituasjoner kan fremme samarbeidet mellom omsorgsarbeider og pasienten. MTC bidrog også til å redusere utfordrende atferd. Studien viste at vanlige pleiesituasjoner uten bruk av MTC hvor pleierne ga verbale instruksjoner, resulterte i at pasientene var lite samarbeidsvillige og viste agitasjon. I pleiesituasjoner hvor omsorgsarbeider derimot aktivt benyttet seg av MTC, resulterte det i et godt samarbeid. I denne pleiesituasjonen viste omsorgsgiveren gjennom nonverbal kommunikasjon hva som skulle skje, samtidig som de alene eller sammen med pasientene brukte verbal kommunikasjon i form av sang. Sangene omhandlet helt andre ting enn situasjonen selv, eksempelvis dans, Gud, kjærlighet eller sanger pasientene kjente fra før. Det forekom også allikevel episoder hvor pasientene viste en utfordrende atferd (Hammar et al., 2010). Ballard et al (2001) angir at det er viktig at vi velger sanger som er individuelt tilpasset pasienten hvis vi skal bruke musikkterapi. Hvis vi ikke har kunnskap om hva slags musikk pasienten er kjent med, og foretrekker, kan vi på motsatt side av å forebygge atferden fremprovosere den (referert i Rokstad, 2008).



## 5. Konklusjon

Vi har gjennom ulike praksisperioder i utdanningsløpet, og gjennom denne oppgaven forstått at arbeid innenfor demensomsorgen er spennende, men samtidig veldig utfordrende. Studiene og rapportene gjort de siste årene bekrefter at bruken av ulovlig tvang ovenfor eldre med demens sykdom i norske sykehjem er av hyppig karakter (Hem et al., 2010). Pasienter som har en utfordrende atferd, og som trenger hjelp til daglige aktiviteter, er gruppen som er mest utsatt (Kirkevold & Engedal, 2008). Som fremtidige sykepleiere vil disse utfordringene by på mange vanskelige dilemmaer, og det er i tillegg et stort problem for pasientene. Bruk av tvang hos pasienter med samtykkekompetanse er ikke bare ulovlig, men svært integritetskrenkende (Johnsen & Smebye, 2008). Vi mener at forebygging av utfordrende atferd kan være medvirkende til en reduisering av tvangsbruk.

I oppgaven presenterte vi et case hvor en dame med demens sykdom ble utsatt for tvang under dusjsituasjoner. Vi ønsket gjennom vår problemstilling å belyse området utfordrende atferd, og finne ut hvordan vi som sykepleiere kan forebygge denne atferden. Utfordrende atferd må ses som en måte å kommunisere på. For at vi skal kunne forstå atferden må vi ha en åpen innfallsvinkel, tilnærme oss pasienten på en empatisk måte, samt klare å se ting fra pasientens perspektiv (Rokstad, 2008). Vi har kommet frem til at vi som sykepleiere må ha faglig og god kunnskap om demens sykdom og om kommunikasjon. Gjennom å bruke ulike kommunikasjonsredskaper vil vi føle oss trygge i arbeidet, og på den måten stå bedre rustet til å kunne møte utfordrende atferd på en god måte. Vi må være bevisste over måten vi fremtrer på, og ha et verbalt språk som samsvarer med det nonverbale. Vi må informere og tilrettelegge for at pasienten kan bruke sine ressurser, og på denne måten ivareta pasientens autonomi og integritet. Dette er viktig i arbeidet for å skape tillit og trygghet (Eide & Eide, 2007). Evne til etisk refleksjon er også nødvendig.

Vi konkluderer denne bacheloroppgaven med at overnevnte punkter er avgjørende elementer vi som sykepleiere må bruke for å kunne forebygge utfordrende atferd hos personer med demens sykdom. Gjennom forebygging av denne atferden vil vi utøve sykepleie i tråd med de yrkesetiske retningslinjene. Vi ser til tross for dette demensomsorgens mange utfordringer, og at vi vil være i behov for og kontinuerlig tilegne oss kunnskap på dette området.

## Referanseliste

Berentsen, D. V. (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.

\* Bergland, Å., & Kirkevold, M. (2011). Hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene hemmer og fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens?. *Sykepleien Forskning*, 1(6), 14-25. Lokalisert på <http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/569183/pleie-og-omsorg-i-grenselandet-mellom-frivillighet-og-tvang>

Brinchmann, B. S. (2008). De fire prinsippers etikk: velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (2. utg., s. 81-96). 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.

\* Cavanagh, S. J. (1999). *Orems sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dahl, T. E. (2004). Om å møte mennesker med sviktende hukommelse. I J. K. Hummelvoll, *Helt: ikke stykkevis og delt* (s. 359-375). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalheim, A., Herum, 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* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

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

\* Engedal, K., & Haugen, P. K. (2009). *Demens: Fakta og utfordringer*. (5. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Folkehelseinstituttet.(2010). *Demenslidelser*. Lokalisert 13. mai 2012:

[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_6039&MainArea\\_5661=6039:0:15,4577:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_6039=6041:70813:15,4577:1:6043:1:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,4577:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=6041:70813:15,4577:1:6043:1:::0:0)

\* Fugelli, P. (2011). Grunnstoffet tillit. *Sykepleien Forskning*, 6(5), 104-105. Lokalisert på <http://www.sykepleien.no/forskning/innsjikt/673726/grunnstoffet-tillit>

\* Hammar, L. M., Emami, A., Engström, G., & Götell, E. (2011). Communication through caregiver singing during morning care situations in dementia care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 160-168. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00806.x

\* Hem, M. H., Gjerberg, E., Pedersen, R., & Førde, R. (2010). Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang. *Sykepleien Forskning*, 10(5), 294-301. doi: 10.4220/sykepleienf.2011.0007

Håkonsen, K. M. (2009). *Innføring i psykologi* (4. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

\* *I glemselens strie land*. (s.a.). Lokalisert 13. mai 2012, på Demens og tro: [http://www.demensogtro.no/her-finner-du-gullkorn-og-d/i\\_glemselens\\_strie\\_land.pdf](http://www.demensogtro.no/her-finner-du-gullkorn-og-d/i_glemselens_strie_land.pdf)

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

\* Jootun, D., & McGhee, G. (2011). Effective communication with people who have dementia. *Nursing Standard*, 25(25), 41-46. Lokalisert på

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4de6fd89-dcf1-4f99-9e15-e4db91cc8445%40sessionmgr15&vid=4&hid=7>

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

\* Kirkevold, Ø. (2005). Bruk av tvang i sykehjem. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 125(10), 1346-1353. Lokalisert på <http://tidsskriftet.no/article/1192223>

\* Kirkevold, Ø., & Engedal, K. (2008). Quality of care in Norwegian nursing homes – deficiencies and their correlates. *The Authors. Journal Compilation*, 22(4), 560-567. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00575.x

Kristoffersen, N. J., & Jensen, K. O. (2005). Sykepleier i organisasjon og samfunn. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 4* (s. 184-235). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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.

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

Norsk sykepleierforbund (NSF). (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere – ICNs etiske regler*. Oslo.

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholdt, V., & Reinart, L. M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

\* Nortvedt, P. (2008). *Sykepleiens grunnlag: historie, fag og etikk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Pasientrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63.§1-1. (2012). Lokalisert på <http://www.lovdato.no>

\* Rader, J., Barrick, A. L., Hoeffler, B., Sloane, P. D., McKenzie, D., Talerico, K. A., & Glover, J. (2006). The Bathing Of Older Adults with Dementia: Easing the unnecessarily unpleasant aspects of assisted bathing. *American Journal of Nursing*, 106(4), 40-48.

Lokalisert på <http://ovidsp.tx.ovid.com/sp->

3.5.1a/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=fulltext&D=ovft&AN=00000446-200604000-00026&NEWS=N&CSC=Y&CHANNEL=PubMed

\* Rokstad, A. M. M. (2006). *"Jeg vil ikke bli behandlet som en unge": Etiske refleksjoner knyttet til behandling av personer med demens*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

\* Rokstad, A. M. M. (2008). Miljøbehandling. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 152-177). Oslo: Akribe AS.

Romøren, T. I. (2008). Pasient – og omsorgsforløp. I M. Kirkevold., K. Brodtkorb., & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 67-74). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\* Sloane, P. D., Hoeffler, B., Mitchell, M. C., McKenzie, D. A., Barrick, A. L., Rader, J... Koch, G. G. (2004). Effect of Person-Centered Showering and the Towel Bath on Bathing-Associated Aggression, Agitation, and Discomfort in Nursing Home Residents with Dementia: A Randomized Controlled Trial. *American Geriatrics Society*, 52(11), 1796-1804. Lokalisert på <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a44fd62a-152f-457c-87c8-1b9b2f3e8d6f%40sessionmgr14&vid=5&hid=18>

Sneltvedt, T. (2008). Konsekvensetikk. I Brinchmann, B. S. (Red.). *Etikk I sykepleien*. (2. utg., s. 67-78). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Snoek, J. E., & Engedal, K. (2005). *Psykiatri: kunnskap, forståelse, utfordringer* (2. utg.). Oslo: Akribe Forlag.

\* Teeri, S., Välimäki, M., Katajisto, J., & Leino-Kilpi, H. (2007). Nurses perceptions of older patients integrity in long-term institutions. *The Autors. Journal Compilation*, 21(4), 490-499. Lokalisert på <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4de6fd89-dcf1-4f99-9e15-e4db91cc8445%40sessionmgr15&vid=8&hid=7>

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

\* Weitzel, T., Robinson, S., Barnes, M. R., Berry, T. A., Holmes, J. M., Mercer, S...Kirkbride, G. L. (2011). The Special Needs of the Hospitalized Patient with Dementia. *Medsurg Nursing*, 20 (1), 13-19. Lokalisert på: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e15ed241-2ea7-40e6-8802-4ea39888c2b6%40sessionmgr12&vid=5&hid=7>

\* Wogn-Henriksen, K. (2008). Kommunikasjon. I A, M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 87-113). Oslo: Akribe AS.

\* Woods, B., Spector, A. E., Jones, C. A., & Davies, S. P. (2009). Remiscence therapy for dementia. *The Cochrane library*. Doi: 10.1002/14651858.CD001120.pub2.