



Høgskolen i **Hedmark**

Elverum

Institutt for sykepleie og psykisk helse

4AVS304

**Ida Jakobsen og Jorid Odden-Mælleng**

Veileder: Marit Berg

Antall ord: 10 624

Må du virkelig tvinge meg til å dusje?

Don't force me into the shower – I want the  
power

Bachelor i Sykepleie, kull 121

2012

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

William Shakespeare sitt dikt «Kong Lear», gjendiktet av Arthur O. Sandved, referert i Anfinnsen (2008):

*Jeg ber, driv ikke gjøn.  
Jeg er en dum, avfeldig, gammel mann,  
ja, over åtti år, på timen regnet;  
og skal jeg si som sant er, er jeg redd  
at ikke alt er riktig fatt i hodet.  
Det synes meg jeg burde kjenne Dem,  
og denne mann; men jeg er litt i tvil;  
for stedet her er ganske ukjent for meg,  
jeg husker ingenting om disse klær,  
og ikke heller hvor jeg sov i natt.  
Nei, ikke le av meg.*

## **Innhold**

1 Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn for oppgaven.....	4
1.2 Problemstilling .....	4
1.3 Case .....	5
1.4 Avgrensing og presisering av problemstilling .....	5
1.5 Begrepsavklaring.....	6
1.6 Anonymisering .....	7
1.7 Oppgavens oppbygning.....	7
2 Metode.....	9
2.1 Design.....	9
2.2 Presentasjon av litteratur .....	9
2.3 Kildekritikk .....	10
2.4 Forskningsetiske overveielser .....	11
3 Teori .....	12
3.1 Alzheimers sykdom.....	12
3.1.1 Symptomer .....	12
3.2 Etikk og lovverk .....	13
3.2.1 Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A .....	14
3.2.2 Yrkesetiske retningslinjer.....	14
3.2.3 De fire prinsippers etikk.....	14
3.2.4 Autonomi.....	15
3.3 Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee .....	15
3.3.1 Menneske-til-menneske-forhold .....	16
3.4 Tiltak for å forebygge tvang.....	17
3.4.1 Kommunikasjon .....	17
3.4.2 Kartlegging.....	19
4 Drøfting .....	20
4.1 Forebygging av tvang gjennom å se på Eivind som et unikt individ.....	20
4.2 Kommunikasjon i samhandling med Eivind .....	24
4.3 Kartlegging og praktiske tiltak for å forebygge utfordrende atferd hos Eivind.....	28
5 Konklusjon .....	31
Referanseliste .....	33
Vedlegg 2 Søkehistorikk .....	35

Vedlegg 3 Oversikt over valgte artikler .....	36
---	----

## **1 Innledning**

Vi er to sykepleierstudenter som skal skrive bacheloroppgave i sykepleie. Vi fikk valget mellom tre ulike tema gjennom retningslinjene til Høgskolen i Hedmark. Vi valgte temaet ”Bruk av tvang i sykepleien til pasienter med demens”.

### **1.1 Bakgrunn for oppgaven**

I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2007) er det om lag 66 000 mennesker i Norge som har en demenssykdom. Økt alder har en sammenheng med stigende forekomst av sykdommen. Hos eldre mennesker i aldersgruppen 65-69 år ligger forekomsten av demens på 0,9 %. Fra 80-84 år har forekomsten steget til 17,6 %, mens 40,7 % av de som er fra 90 år og oppover har utviklet en demenssykdom. Befolkningen blir stadig eldre og vi må regne med en sterk vekst av mennesker over 80 år. Innen år 2040 vil en demenssykdom ha rammet om lag 135 000 mennesker, dersom forekomsten av sykdommen holder seg på dagens stadium (ibid).

Vår personlige begrunnelse for valg av tema, er at vi har opplevd at mennesker med demens er en veldig vanlig pasientgruppe i primær- og spesialisthelsetjenesten. Vi føler vi trenger mer kunnskap om hvordan man møter pasienter med demens, samt det å forebygge bruken av tvang. Vi ønsker å finne ut mer om hva slags forebyggende tiltak vi kan bruke før tvang og om disse faktisk blir brukt i praksis. Hensikten med oppgaven er i utgangspunktet at vi skal lære mer om forebygging av tvang til pasienter med demens. Etter å ha jobbet med oppgaven ser vi at både helsepersonell og pårørende som er i kontakt med demente kan ha like stor nytte av denne kunnskapen.

### **1.2 Problemstilling**

Hvordan forebygge tvang hos pasienter med demenssykdom som har utfordrende atferd?

### **1.3 Case**

Eivind Larsen er 81 år. Han er gift og har to barn. For fem år siden fikk Eivind diagnosen Alzheimer sykdom. Han bodde hjemme med kona, helt til han fikk plass på skjermet enhet på sykehjemmet for et par år siden. Tidligere jobbet Eivind som tømrer. Kona beskriver han som en bestemt mann med sterke meninger, samtidig som han bestandig har vært rettferdig og snill. Han er glad i mennesker og liker å slå av en prat.

Sykdommen har gradvis forverret seg det siste året, og Eivind husker mest det han opplevde i ungdomsårene samt de første årene sammen med kona. I tillegg har han begynt å få en mer utfordrende atferd. Han er mer sint og utålmodig, urolig, mistenksom på omgivelsene rundt seg og har blitt mer innesluttet. Det pleiepersonalet på sykehjemmet synes er mest utfordrende, er å få han til å dusje. Han er inkontinent for urin og avføring. Dusjerutinene på sykehjemmet er på morgenen, en gang i uka. Når pleiepersonalet kommer inn til Eivind om morgenen, prøver de å overtale han til å dusje, men Eivind vil ikke. Jo, mer de prøver å overtale, jo mer irritert blir han.

### **1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling**

Vi velger av praktiske årsaker å bruke begrepet ”pasient” og videre omtale pasienten med ”han”. Vi bruker begrepet ”sykepleieren” og videre ”hun”.

Det finnes mange ulike former for demens, men de vanligste formene er Alzheimers sykdom, vaskulær demens, alkoholbettinget demens og frontallappdemens. I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2007) er det omtrent 60-70 % av de som har demens, som har typen Alzheimers sykdom, og vi har valgt denne typen. Vanligvis øker både skadene i hjernen som fører til demens og følgelig også symptomene. Sykdommen kan deles opp i mild-, moderat- og alvorlig demens. (Snoek og Engedal, 2008). En pasient med moderat demens ikke klare seg uten hjelp fra andre (ICD-10, referert i Engedal og Haugen, 2009). Eivind er i en moderat fase av sykdommen, men vi velger å ikke forklare dette nærmere. Fordi Alzheimers sykdom har veldig mange ulike symptomer har vi begrenset til i utgangspunktet å skrive om utfordrende atferd, samt hukommelse, nedsatt orienteringsevne, nedsatt forståelse og angst. Fordi det motoriske symptomet inkontinens (Snoek og Engedal, 2008) er årsaken til at Eivind må dusje, så kan vi forebygge ved å for eksempel følge han på toalettet oftere. Siden vi mener

dette går litt utenfor vårt tema om forebygging av tvang i dusjsituasjonen, velger vi ikke å nevne noe om inkontinens i teoridelen vår.

Fordi vi har valgt å legge vekt på forebygging av tvang, så har vi valgt å definere begrepet tvang og kun skrevet kort om det i teoridelen. Vi kommer ikke til å utdype dette i oppgaven fordi tvang ikke er en løsning for vår oppgave. I forhold til de fire prinsippers etikk har vi gått mer inn på pasientens autonomi fordi vi mener det er mest relevant i forhold til Eivind. Yrkesetiske retningslinjer har seks hovedpunkter, men vi har tatt med tre av dem. Vi synes ikke hovedpunktene som omhandler sykepleieren og samfunnet, sykepleieren og arbeidsstedet samt sykepleieren og kollegaer er relevant i forhold til vår oppgave (Norsk Sykepleier Forbund [NSF], 2011). Paternalisme mener vi også viktig, men på grunn av oppgavens ordbegrensing velger vi å ikke nevne det. Vi ser pårørende som en viktig ressurs i forhold til mennesker med demens, men vi velger kun å gå inn på deres rolle i forhold til kartlegging. Vi har valgt å knytte oppgaven mot en dusjsituasjon, og kommer ikke til å gå inn på behovet personlig hygiene. Vi ser ikke på medikamenter som en tillitsskapende løsning, og går ikke nærmere inn på det. I forhold til kommunikasjonsteknikken reminisens kan den brukes i enkelsamtale og som miljøfaktor, samt i gruppearbeid (Heap, 2002) Vi velger å legge vekt på reminisens i enkeltsamtalen.

## **1.5 Begrepsavklaring**

Tvang:

Bruk av redskap som hindrer pasientens bevegelsesfrihet eller tilgang til egen kropp, fysisk holding ved undersøkelse og behandling, og i forbindelse med omsorgstiltak, overvåking med elektroniske hjelpemidler og tilsetning av medisiner i mat og drikke – som utøves daglig eller av og til (Engedal, Kirkevold, Eek og Nygård, (2001) s. 6).

Pasient: I pasient- og brukerrettighetslovens (1999) paragraf § 1-3 defineres en pasient som ”en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle”.

Demens: ”Demens er en fellesbetegnelse på en rekke sykkelige tilstander i hjernen som er kjennetegnet ved ervervet kognitiv svikt (intellektuell svikt), svikt av emosjonell kontroll og

sviktende funksjonsevne i forhold til dagliglivets funksjoner” (Snoek og Engedal, 2008, s. 170).

Utfordrende atferd: Utførende atferd er i følge Kirkevold (2009) ”en fellesbetegnelse på psykiatriske- og atferdsmessige symptomer som oppstår hos personen”.

## **1.6 Anonymisering**

Vi har valgt å bygge oppgaven på et fiktivt pasientcase som vi mener er relevant for problemstillingen vår. Den er basert på ulike erfaringer fra oss begge gjennom arbeid og praksis, og det vil ikke være mulig å gjenkjenne pasienter eller situasjoner.

## **1.7 Oppgavens oppbygning**

I innledningen presenterer vi en selvvalgt problemstilling og case. Vi har begrunnet hvorfor vi har valgt temaet og funnet litt statistikk som belyser forekomsten av demens i Norge.

Avgrensningen og presisering av problemstillingen skal gi leseren et bilde på hva vi har valgt å utelukke av teori, men som vi likevel synes er viktig for å kunne se helheten. I begrepsavklaringen har vi definert begreper fra vår problemstilling. Vi har med anonymisering for å vise at pasienten i caset er fiktiv og ikke kan gjenkjennes.

I metodekapittelet definerer vi metode, litteraturstudie, primær- og sekundærkilde. Vi presenterer her litteraturen vår med hovedfokus på forskningsartiklene vi har funnet og hvordan vi har funnet dem. Videre kommer kildekritikk av kildene vi har brukt.

Forskningsetiske overveielser forteller noe om redelighet og skjønn i valg av litteratur.

Vi begynner teorikapittelet med å fortelle litt om Eivind, deretter tar vi for oss Alzheimers sykdom og litt om hva sykdommen innebærer. Videre skriver vi om lovverk og etikk. Her har vi tatt for oss pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A, samt Yrkesetiske retningslinjer og de fire prinsippers etikk. Det neste vi tar for oss er sykepleieteoretiker Joyce Travelbee og hennes syn på sykepleie, herunder menneske-til-menneske-forholdet og kommunikasjon. Vi avslutter med tiltak for å forebygge tvang, hvor vi skriver om kommunikasjon og kartlegging.



I drøftingskapittelet diskuterer vi problemstillingen vår for å finne løsninger. Vi innleder med et kort sammendrag av caset, samt problemstillingen vi har valgt. Vi har delt dette kapittelet i tre hvor det første handler om forebygging av tvang gjennom å se på Eivind som et unikt individ, det andre om kommunikasjon i samhandling med Eivind og hvor det tredje handler om kartlegging og praktiske tiltak for å forebygge utfordrende atferd hos Eivind.

I konklusjonen oppsummerer vi den nye kunnskapen og svarer på problemstillingen.

## **2 Metode**

En metode sier noe om hvordan vi bør gå fram for å skaffe eller kontrollere kunnskap (Dalland, 2007). Oppgaven vi har skrevet er basert på pensumlitteratur, vitenskapelige artikler, annen selvvalgt litteratur og erfaringskunnskaper vi har opparbeidet oss gjennom arbeidslivet og sykepleierutdanningen. Som metode bruker vi litteraturstudie, som i følge Dalland (2007) vil si at man bruker bøker og artikler for å finne litteratur.

Primærkilde er en kilde som er opprinnelig, men dersom forfatteren er lite tilgjengelig, eller leses i andres bearbeiding, blir kilden en sekundærkilde (ibid).

### **2.1 Design**

En kvantitativ metode går ut på at informasjonen kan måles i gjennomsnitt og presenter av en større mengde, mens en kvalitativ metode har som mål å få tak i mening og opplevelser som ikke kan måles eller tallfestes (Dalland, 2007). Forskningsartiklene vi har funnet har enten kvalitativ eller kvantitativ metode. De kvantitative artiklene gir oss mer et overblikk på hyppigheten av den generelle bruken av tvang i Norge. De kvalitative artiklene går mer i dybden slik at vi får en forståelse på hvorfor tvang blir brukt og hva som kan forebygge dette.

### **2.2 Presentasjon av litteratur**

Vi har brukt pensumlitteratur fra sykepleierutdanningen i Høgskolen i Hedmark i vår oppgave, samt selvvalgt litteratur. Den selvvalgte litteraturen har vi funnet gjennom skolens database BIBSYS ask. Fordi noen av bøkene vi var ute etter ikke var tilgjengelig på skolens bibliotek, brukte vi andre fagbibliotek, samt folkebiblioteket på Elverum.

Vi har gjennom EBSCOhost, som Høgskolen i Hedmark har tilgang på, brukt databasene Cinahl, AgeLine og Academic Search Premier. I tillegg har vi benyttet oss av en vitenskapelig artikkel funnet på sykepleien.no. Søkord som er brukt i forskjellige kombinasjoner er demens, stell, Kirkevold, sykehjem, bathing, restraint, tvang, agitation, dementia. Vi har skrevet søkehistorie og presentasjon av artiklene i egne skjema som ligger henholdsvis som vedlegg 2 og 3.

Den første forskningsartikkelen vi valgte heter: 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, Hoeffler, Mitchell, McKenzie, Barrick, Rader, ... Koch, 2004). Artikkelen er en kvalitativ studie og det er foretatt intervju av 37 helsearbeidere. Vi vil bruke den fordi den handler om mennesker med demens i en pleiesituasjon som har utagerende atferd. I tillegg formidler artikkelen tiltak som viser seg å forebygge aggresjon og uro, noe vi mener er relevant for problemstillingen vår.

Den andre forskningsartikkelen vi har valgt heter: Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang (Hem, Gjerberg, Pedersen og Førde, 2010). Vi synes at tittelen er fengende og ville derfor utforske den mer. Artikkelen var relevant for vår problemstilling, fordi den beskriver typiske situasjoner når omsorg og pleie skal gis til personer med demens, som motsetter seg hjelp. Studien er kvalitativ studie, og fokuserer på gruppeintervjuer av 60 pleiere.

Den tredje forskningsartikkelen vi har valgt heter: Prevalence of patients subjected to constraint in Norwegian nursing homes (Kirkevold og Engedal, 2004). Vi var ute etter en oversikt over hvordan bruken av tvang på norske sykehjem var, og synes at denne artikkelen ga oss det vi var ute etter. Artikkelen er kvantitativ studie, hvor primærpleiere av 1501 pasienter blir intervjuet.

### **2.3 Kildekritikk**

Kildekritikk er ifølge Dalland (2007, s. 66): ”De metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes.”

Pensumlitteraturen vi har brukt ser vi på som pålitelig og god nok. Etersom den selvvalgte litteraturen ble funnet ved hjelp av BIBSYS ask, samt at vi har sjekket opp både bøkene og forfatterne før bestilling, ser vi på kildene som pålitelig og holdbar.

De vitenskapelige artiklene vi har valgt i oppgaven, har alle et oversiktlig sammendrag og inneholder en tydelig innledning, metode, resultat og diskusjon. Samtlige artikler viser klare formål med studiene sine. To av forskningsartiklene er studier gjennomført i Norge, og det at norske forhold beskrives mener vi kan styrke oppgaven vår. Den gjenværende artikkelen er gjort i USA og beskriver derfor amerikanske forhold. USA er et vestlig land, noe som kan

sammenlignes med Norge. Allikevel kjenner vi ikke til amerikansk pleiekultur så godt, så det kan sprike litt med tanke på norske forhold. I søket av artikler har vi bevisst begrenset søket fra 2003-2012, slik at vi får forskning av nyere dato. Vi har prøvd og brukt mest mulige primærkilder, men har benyttet oss av sekundærkilder der hvor vi ikke har fått tak i primærkilden.

Joyce Travelbee er en anerkjent sykepleieteoretiker og blir brukt mye i vår pensumlitteratur. Derfor mener vi at hun er høyst relevant til oppgaven vår, og fortsatt pålitelig selv om litteraturen er litt gammel.

#### **2.4 Forskningsetiske overveielser**

”Stilt ovenfor vanskelige avgjørelser i livet, skal etikken gi oss veiledning og grunnlag for vurderinger før vi handler” (Dalland, 2007, s 234). Vi mener at etikk også er viktig i oppgaveskriving. Alt vi har lånt fra andre forfattere har vi derfor henvist til, slik at vi ikke tar æren for noe som ikke er vårt. Når vi har skrevet om egne erfaringer og egne meninger, har vi presisert det. Forskningen vi har brukt har vi funnet i skolens databaser, samt at vi brukt Sykepleien Forskning som er et tidsskrift for norske sykepleiere. Når vi har brukt en artikkel fra Sykepleien Forskning, har vi sjekket opp forfatterne.

### **3 Teori**

Eivind har Alzheimers sykdom. Han har i den siste tiden hatt utfordrende atferd under dusjsituasjoner, noe pleiepersonalet synes er vanskelig å forholde seg til. Eivind har Alzheimers sykdom og vi vil derfor begynne å fortelle litt om sykdommen og de aktuelle symptomene som følger med. Fordi Eivind er samtykkekompetent kan det ikke brukes tvang. Derfor har vi valgt å skrive om kommunikasjon og kartlegging i forhold til som tiltak for å forhindre tvang. Travelbee legger vekt på et menneske-til-menneske-forhold som vi synes er veldig relevant for å oppnå tillit hos Eivind.

#### **3.1 Alzheimers sykdom**

Alzheimers sykdom kan ramme både yngre og eldre personer, og man bruker betegnelsen tidlig- og sen debut. Sykdommen fører til skader i basalhjernen og hjernestammen som igjen fører til et stort tap av acetylkolin, som er en signalsubstans som er essensiell for impulsoverføringer i hjernen. Tapet av denne signalsubstansen fører til blant annet redusert hukommelse, som er karakteristisk for Alzheimers sykdom. En behandling som kurerer eller stopper progresjonen av Alzheimers finnes ikke. Etter hvert som tiden går, utvikles flere symptomer og alvorligere svikt i evnen til egenomsorg forekommer (Snoek og Engedal, 2008).

##### **3.1.1 Symptomer**

Innenfor kognitive symptomer er nedsatt hukommelse det vanligste. Det er vanlig å skille mellom korttids- og langtidshukommelse. Korttidshukommelse er egenskapen til å holde på informasjon opptil 30 sekunder. Denne evnen er noe svekket med moderat demens og er fremragende ved alvorlig demens. Langtidshukommelsen er det å holde på informasjon mer enn 30 sekunder, altså i minutter, timer, dager og år. Denne evnen er svekket ved mild demens, og blir dårligere jo mer tilstanden forverres (Snoek og Engedal, 2008)

Orienteringsevnen, blant annet det å se tid som en dimensjon, geografisk stedsans, se hvem man selv er og vite i hvilken situasjon man befinner seg i, svekkes mer og mer ettersom sykdommen forverres seg. Man kan oppleve tidsforskyvning ved å huske hendelser fra tidligere i livet, som oppleves på nytt og kommer igjen i nåtiden (ibid).

Ved nedsatt forståelse, agnosi, foreligger det en hjerneskade og manglende kobling til hjernen. Man ser dette ofte ved alvorlig demens og det er mest typisk ved Alzheimers sykdom. Det mest hyppigste er det som blir kalt hørselsagnosi, altså at man ikke skjønner eller tolker ord som blir sagt. Synsagnosi vil si at man har problemer med å gjenkjenne det man ser (ibid).

Et symptom som kan være vanskelig å forholde seg til er aggressiv og irritabel utagerende atferd (ibid). Flere psykososiale og miljømessige faktorer kan forsterke og utløse utfordrende atferd. Psykososialt kan utfordrende atferd ses på som uttrykk for dårlig kommunikasjon. Aggresjon skjer oftest i situasjoner som stell og av- og påkledning, og det er under slike episoder pasienten kan føle seg mest truet og sårbar. Årsaken til at en pasient med en demenssykdom gjør motstand, blir aggressiv eller truende kan være at han ikke forstår hva som skjer. Den kognitive svikten fører til at oppfattelsen av sammenhenger er redusert, og signalene om hva som skal skje kan være dårlig formidlet. Det fysiske rundt gir ingen holdepunkter på hva som skal skje, og situasjonen er ikke gjenkjennelig for pasienten. Selv om pasienten kan forstå det som skjer, kan det likevel være vanskelig å håndtere. Stell og intimhygiene passerer private grenser, og pasienten kan føle seg forlegen og utilpass (Kirkevold, 2009).

Utfordrende atferd kan oppstå på grunn av atferdsmessige symptomer. Angst kan være fremtredende under hele sykdomsforløpet til en pasient med demenssykdom, og uttrykkes på forskjellige måter. Uro og frykten for å bli forlatt kan være symptomer på angst. Kaotisk og panisk atferd kan oppstå når pasienten føler seg presset inn i situasjoner han ikke mestrer, dette kalles katastrofereaksjon (ibid).

### **3.2 Etikk og lovverk**

Vi ønsker å bruke de yrkesetiske retningslinjene som en bakgrunn for sykepleiehandlingene. Vi mener at det er viktig å tenke på autonomi i forhold til Eivind da sykepleieren bør legge til rette for at han skal kunne bestemme selv. Lovverket sier noe om bruken av tvang, og derfor har tatt med noe fra kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven.

### **3.2.1 Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A**

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) kapittel 4A er for pasienter uten samtykkekompetanse som ikke ønsker helsehjelp. Formålet er å gi den helsehjelpen som kreves for å unngå vesentlig helseskade, samt å ha fokus på forebygging og hindre bruken av tvang. Det presiseres videre at tillitskapende tiltak skal forsøkes før bruk av tvang (ibid).

### **3.2.2 Yrkesetiske retningslinjer**

Sykepleiens grunnlag går ut på å vise respekt for enkeltindividets liv og verdighet (NSF, 2011). Det første hovedpunktet omhandler sykepleieren og profesjon som betyr at vi som sykepleiere har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie. Vi har også ansvar for å sette oss inn i gjeldene lovverk og kjenne til grensene for egen kompetanse, samt søke veiledning i vanskelige situasjoner. Det andre hovedpunktet omhandler sykepleieren og pasienten, og som sykepleiere skal vi ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet. Dette innebærer retten til helhetlig sykepleie, retten til medbestemmelse og retten til ikke å bli krenket. Vi har videre ansvar for forebygging og helsefremmende praksis. Sykepleierne skal hjelpe pasienten til å opprettholde håp, mestring og livsmot, samt beskytte mot handlinger som er ulovlig, og unødvendig rettighetsbegrensning og tvang. Det tredje hovedpunktet handler om sykepleieren og pårørende, hvor sykepleierne skal kunne samarbeide med pårørende og behandle deres opplysninger med fortrolighet (ibid).

### **3.2.3 De fire prinsippers etikk**

De fire prinsippers etikk tar utgangspunkt i medisinsk etikk. Man kan ved hjelp av prinsippene begrunne helt forskjellige handlingsmåter ved å vektlegge ulike prinsipper (Slettebø, 2009). Velgjørhetsprinsippet handler om å vise omsorg og respekt, sykepleieren skal gjøre godt mot pasienten. Ikke-skadep prinsippet sier noe om at sykepleieren skal tenke på konsekvenser av de handlingene hun gjør. Hun skal sørge for at sykepleiehandlingene ikke går negativt utover pasienten, og dermed gjør skade. Disse to prinsippene er veldig like. Det å handle godt ovenfor pasienten innebærer å sørge for at han ikke blir skadet.

Rettferdighetsprinsippet går blant annet ut på å behandle alle like tilfeller likt.

Autonomiprinsippet handler om at sykepleieren skal respektere den autonome pasientens bestemmelse (Brinchmann, 2010).

### **3.2.4 Autonomi**

Autonomi betyr selvstyring eller selvregulering. Dette begrepet brukes om pasientens og sykepleierens selvbestemmelse (Førde 1995, referert i Slettebø, 2009). Pasientautonomi kan forstås på ulike måter. Det kan være et prinsipp, en egenskap eller en rettighet. Autonomi som prinsipp sier noe om at pasientens behov og ønsker skal bli respektert når sykepleiefaglige beslutninger skal fattes. Som egenskap handler autonomi om individets evne til å handle i tråd med egne ønsker, altså om pasienten bestemmer noe om seg selv eller ikke. Dette vil variere ut i fra pasientens helsetilstand. Autonomi som rettighet vil si at pasienten har rett på å få sine valg respektert, både etiske- og juridiske (Slettebø, 2009).

For å vite om pasienten kan ta et autonomt valg, er det fire faktorer som gjelder. Den første faktoren handler om pasienten er kompetent til å ta valg. En sykdomssituasjon vil påvirke pasientens evne til å ta valg og kan føre til negative konsekvenser. Det er tre kjennetegn på om pasienten er kompetent. Disse kjennetegnene går ut på om pasienten har evne til å uttrykke stabile ønsker, om pasienten forstår hva valget gjelder og forstår konsekvensene valget får for sin spesielle livssituasjon, samt om pasienten har evne til å bearbeide informasjonen som er gitt. Den andre faktoren som viser om pasienten kan ta et autonomt valg, er om han er konsistent i sitt ønske. Pasientens ønske må vedvare over tid og stemme overens med livsholdningen hans ellers. Den tredje faktoren handler om at informasjonen som gis må være adekvat. Pasienten må få informasjon om hva behandlingen går ut på, konsekvenser av behandlingen og konsekvenser dersom han ikke velger å ta imot behandlingen. Informasjonen må gis på en måte pasienten forstår. Den siste faktoren handler om at pasienten skal kunne gjøre et fritt valg. Han skal ikke utsettes fra ytre press. Pasienten kan selv bestemme om han vil at andre skal ta avgjørelser for han, men da skal det være opp til han hvilke avgjørelser dette gjelder (ibid).

### **3.3 Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee**

Travelbee (1999, s. 29) definerer sykepleie slik:

En mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene.



Det å hjelpe og bidra til forandring er en viktig oppgave for sykepleieren. Dette gjøres ved å hjelpe pasienten til å bevisstgjøre hvordan han kan forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, samt ulike funksjonssviker. Samtidig skal sykepleieren jobbe for å opprettholde høyest mulig nivå av helse (ibid). For å oppnå hensikten og målet med sykepleie, sier Travelbee (1999) at hun antar at dette kommer ved å opprette et menneske-til-menneske-forhold.

### **3.3.1 Menneske-til-menneske-forhold**

Travelbee (1999) sier at den profesjonelle sykepleieren har som oppgave å opprette et menneske-til-menneske-forhold. Hun sier videre at de to menneskene som møtes skal oppfatte og forholde seg til hverandre som unike individer, og derfor se bort ifra sine roller som sykepleier og pasient. Dette innebærer en prosess hvor to personer blir kjent med hverandre og etter hvert etablerer et tillitsforhold preget av trygghet (ibid).

Sykepleierens oppgave er å se på pasienten som et individ, et menneske. Dette innebærer å møte pasienten med blanke ark og legge vekk fordommer og tidligere erfaringer om hvordan han burde være. Det vil oppstå både likheter og forskjeller og sykepleieren forstår etter hvert mer om hvordan pasienten forstår, tenker og oppfatter situasjonen. Sykepleieren må godta at alle mennesker har ulike personligheter og verdier (ibid).

I et menneske-til-menneske-forhold er det viktig å være empatisk. Det vil si at for å kunne forstå betydningen av hva den andre tenker og føler, må man ha et innblikk i den andres indre verden. Det er viktig å presisere at man ikke skal tenke og føle som den andre. Man kan si at man bevisst tar del i følelsene, men at man står samtidig utenfor og er objektiv. Samtidig må sykepleieren være sympatisk, fordi uten sympati og medfølelse kan omsorgen bli overfladisk. Sykepleieren kan da føle den andres plager og vil aktivt hjelpe for å gjøre situasjonen bedre. Det er viktig at den profesjonelle sykepleieren bruker medfølelsen til konstruktive sykepleiehandlinger. Etter hvert som forholdet utvikler seg oppstår det en gjensidig forståelse mellom personene basert på tillit og trygghet (ibid)

Det er ingen garanti for at sykepleieren kan hjelpe pasienten. For å kunne hjelpe er hun avhengig av bevisst å organisere sykepleietiltakene, ta i bruk tilgjengelige kunnskaper og ha kartlagt om hun faktisk kan lindre plagene pasienten har. Gjennom sykepleiehandlinger som

lindrer plagene, kan hun nå fram til gjensidig forståelse og kontakt. Selv om sykdomsforløpet til pasienten ikke kan endres gjennom sykepleiehandlingene, kan sykepleieren hjelpe med å mestre det som skjer for å gjøre sykdommen minst mulig plagsom (ibid).

Teori- og erfaringskunnskapene til sykepleieren er viktig, men også menneskesynet hennes. Dette innebærer meningen hennes om andre mennesker. Travelbee (1999) kritiserer tendensen med å se på pasienten som et sykepleieproblem og ikke et menneske med problem. Dersom sykepleieren tenker på pasienter som et romnummer eller et sykdomstilfelle, vil hun ikke være i stand til å verdsette pasienten som et menneskelig individ (ibid.)

Travelbee (1999) sier at kommunikasjon er noe som kan føre til opprettelsen av et menneske-til-menneske-forhold. Det er gjennom kommunikasjon sykepleieren viser omsorg for pasienten. Hun skriver om kommunikasjonsteknikker som gjelder ved både samtaler med pasienten og alle de non-verbale signalene sykepleieren sender ut i samhandlingen. Muligheten for at sykepleieren blir mer opptatt av teknikken enn grunnen til at teknikken bør brukes, vil alltid være der. Dersom sykepleieren har en ren oppfatning av hvorfor hun bruker teknikken og hva hun ønsker å oppnå med den, vil hun ha stor nytteverdi av teknikkene (ibid).

### **3.4 Tiltak for å forebygge tvang**

For å forebygge tvang i dusjsituasjonen med Eivind legger vi vekt på kommunikasjon og kartlegging.

#### **3.4.1 Kommunikasjon**

Heap (2002, s. 43) definerer kommunikasjon som ”Å formidle mening ved å gi, motta og utveksle signaler av forskjellig art”. I følge Eide og Eide (2008) er profesjonell kommunikasjon ikke det samme som kommunikasjon som brukes i hverdagen. I arbeidslivet kommuniserer vi ikke bare som privatpersoner, men som helsepersonell. Ferdigheter i denne typen kommunikasjon inkluderer blant annet aktiv lytting og samtaleferdigheter. Profesjonell kommunikasjon skal være anerkjennende og skape trygghet og tillit. Samtidig skal det formidles informasjon på måter som bidrar til å løse problemer og fører til at pasienten mestrer situasjonen best mulig. Profesjonell kommunikasjon er pasientrettet, og er begrunnet i

verdier som likeverd, hensyn til pasientens beste og respekt for pasientens rett til selvbestemmelse (ibid).

Måten pleierne formidler verbal informasjon og holdningene deres, påvirker pasientens muligheter til å forstå hva som skjer eller skal skje (Kirkevold, 2009). Kommunikasjon kan deles inn i det som kalles verbalt og non-verbalt. Det verbale er det som sies i ord, mens det non-verbale er mer kroppsspråk og fakter. Det verbale og non-verbale språket beveger seg samtidig, og kan både samspille og sprike. Kommunikasjon som samspiller kalles for kongruent, mens den som spriker kalles inkongruent. Inkongruent kommunikasjon kan føre til utrygghet og mulig mistillit, og dermed svekke relasjonsarbeidet (Eide og Eide, 2008). Samspillet mellom sykepleier og pasient blir viktigere etter hvert som demenssykdommen utvikler seg. Berøring, stemmebruk, øyekontakt og kroppsholdning er non-verbale kommunikasjonsmetoder som blir desto viktigere etter hvert som det blir vanskeligere å komme igjennom til pasienten med verbal kommunikasjon. Sykepleieren må aktivt invitere til samtale og være bevisst på å fange opp de gode øyeblikkene og temaer som er fengende (Ingebretsen, 2005).

Det finnes ulike teknikker vi kan bruke når vi snakker med mennesker med en demenssykdom. Realitetsorientering er i hovedsak orienterende og informasjonsgivende. Denne teknikken skal hjelpe den demente å beholde orienteringsevnen. Under samtale brukes realitetsorientering til å konsekvent navngi objektene, handlingene, omgivelsene og tidspunktene som er aktuelle i samhandling med den demente pasienten (Heap, 2002).

Validering er en teknikk som omhandler å akseptere og verdsette pasienten, uansett mental tilstand eller funksjonsstatus. Innlevelse er grunnlaget for validering og vektlegger ivaretagelse og gi respons på følelser. Man vurderer og forstår mer ut i fra observasjon av pasientens faktiske tilstand, atferd og uttrykksformer. Validering tar sikte på å handle på bakgrunn av det som er en realitet for den demensrammende, og å unngå å motsi feiloppfatninger og realitetsbrist (ibid).

Reminisens er det samme som minnearbeid og hvordan fortid og nåtid kan gli over i hverandre, og hvor betydningsfulle minnene kan være for eldre mennesker (ibid). At sykepleieren er engasjert i pasientens minner kan bidra positivt til livskvalitet og helse. Det kan føre til styrket integritet og følelse av verdighet. For å skape mening sammen pasienten,

må sykepleieren begi seg inn i den andres verden og vise interesse for den. Minner sitter i sansene våre og det kan være lurt å reflektere over sanseomgivelsene man som sykepleier og institusjon gir den eldre. Det er viktig å vite at vi kommuniserer gjennom blant annet bilder og musikk. For mange har musikk betydd mye, og kan være en utløsende faktor for minner og stemninger (Eide og Eide, 2008).

### **3.4.2 Kartlegging**

Det er to gode grunner til å kartlegge utfordrende atferd. Den ene er at det er viktig å finne den bakenforliggende årsaken til atferden, og den andre grunnen er at kartleggingen vil gi en god beskrivelse av selve atferden. Med god kartlegging kan sykepleierne finne hensiktsmessige tiltak. For å forstå atferden bedre er det viktig å kartlegge hvordan atferden arter seg, hvor ofte pasienten har slik atferd og hvor lenge den varer, hvilke situasjonen atferden oppstår i, om det er enkelte hendelser som fører til atferden og om atferden oppstår i situasjoner hvor det er forventet slik atferd eller situasjoner hvor den vanligvis ikke oppstår. Det er også viktig å stille spørsmål om det kan være noe somatiske årsaker til utfordrende atferd, for eksempel urinveisinfeksjon eller smerter (Kirkevold, 2009).

## 4 Drøfting

Eivind har Alzheimers sykdom og bor på skjermet enhet på sykehjemmet. Han har den siste tiden utviklet utfordrende atferd, hvor han er mer sint og utålmodig, samt urolig, mistenksom og innesluttet. Det som sees på som mest utfordrende er dusjsituasjonen med Eivind. Vi vil i dette kapittelet forsøke å svare på problemstillingen som er ”Hvordan forebygge tvang hos pasienter med demenssykdom som har utfordrende atferd?”.

### 4.1 Forebygging av tvang gjennom å se på Eivind som et unikt individ

For å oppnå hensikten og målet med sykepleie, sier Travelbee (1999) at hun antar at dette kommer ved å opprette et menneske-til-menneske-forhold. Dette menneske-til-menneske-forholdet med pasienten handler om å se hverandre som to ulike individer, og ikke to forskjellige roller. Det innebærer å møte pasienten med blanke ark uten fordommer. I forhold til Eivind betyr dette at vi må være flinke til å se på ham som unik og ikke som hvilken som helst pasient. Vi synes det er viktig å være bevisst på det Travelbee (1999) sier om at man ikke skal se på pasienter som et sykdomstilfelle. På en annen side erfarer vi at man ubevisst kan konsentrere seg kun om den utfordrende atferden og at fortvilelsen sykepleieren kan oppleve blir dominerende. Dette kan da føre til at vi blir mindre i stand til å se personen Eivind bak sykdommen. Dermed vil vi gå i mot det Travelbee (1999) sier om at sykepleierens oppgave er å se pasienten som et unikt individ.

Snoek og Engerdal (2008) sier at man ikke kan bli frisk av Alzheimer og at symptomene utvikles etter hvert. Eivind vil derfor ikke bli frisk. Samuelsen (2006) bemerker at oppmerksomheten mot Alzheimers sykdom må rettes mot det sykepleierne kan gjøre for å øke den enkelte pasients opplevelse av kvalitet, håp og verdighet i hverdagen. Dette mener vi gjelder for Eivind sin situasjon. Vi ønsker å finne ut hvorfor han har utfordrende atferd, slik at vi kan bidra til at han får det bedre opplevelse av dusjsituasjonen. For at dusjopplevelsen skal bli positiv for Eivind, mener vi at vi må gjøre det vi kan for å unngå bruk av tvang. På en annen side vet vi av erfaring at det er vanskelig å møte pasienter med utfordrende atferd. Hem et al. (2010) sier at det er uklart hva som er frivillighet og hva som er tvang i omsorgen av pasienter med demens i sykehjem. Studien deres viser at det er ønske om å ikke bruke åpenbar tvang, samtidig som det oppleves at man må foreta seg noe som går på tvers av pasientens ønsker. Vi erfarer at bruk av tvang i en eller annen form forekommer uten tvangsvedtak, uten at dette skjer bevisst av pleiepersonalet. Samtidig ser vi at dette gjøres i den beste hensikt,

men fordi man ikke vet bedre i situasjonen der og da, så ser man kanskje ikke at det faktisk brukes tvang. De yrkesetiske retningslinjene (NSF, 2011) påpeker at sykepleieren har ansvar for forebygging og helsefremmende praksis, noe som blant annet innebærer mot handlinger som er ulovlige, samt unødvendig rettighetsbegrensning og tvang. Kirkevold og Engedal (2004) har gjort en studie som viser at tvang er et stort problem, da 45 % av pasientene på skjermende enheter for pasienter med demens blir utsatt for tvang av en eller annen form hver uke. 20,9 % av disse pasientene opplever blant annet holding av hender, bein eller hode ved personlig pleie og/eller av- og påkledning, dusj eller bading når pasienten motsier seg det fysiske eller verbalt og det å bli tvunget til badet. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) kapittel 4A viser at det skal forsøkes tillitskapende tiltak før bruken av tvang. Vi tolker dette som at vi som sykepleiere må bruke den kunnskapen og de erfaringene vi har for å forhindre at tvang blir brukt, samt gjøre det vi kan for at pasienten kan bruke sin rett til selvbestemmelse. Yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2011) sier noe om at vi skal kjenne til gjeldende lovverk, samt at vi har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie. Vi mener det derfor er viktig at vi bruker teorikunnskapen vi har tilegnet oss, samt at vi respekterer lovverket for at Eivind skal få den behandlingen som han har rett på.

Brinchmann (2010) skriver om ulike etiske prinsipper som er viktige når man skal vurdere hva som bør vektlegges i en situasjon. Velgjørenhetsprinsippet går ut på å gjøre godt mot pasienten, samt vise omsorg og respekt som i dette tilfellet er Eivind (ibid). Martinsen (1991, referert i Slettebø, 2009) ser på omsorg som verdigrunnlaget for sykepleie. Dette synes vi er spesielt viktig i forhold til Eivind. Vi mener at vi må ville gjøre godt og vise omsorg mot Eivind, selv om han er sint og kanskje ikke vil motta den hjelpen vi tilbyr. Ikke-skadeprinsippet handler om å gjøre sykepleiehandlinger som ikke fører til skade hos pasienten (Brinchmann 2010). I situasjonen til Eivind må vi tenke på hva ikke-skade og velgjørenhet innebærer. Fordi vi vil at Eivind skal ha det bra og bestemme mest mulig selv, sørger vi også for at han ikke blir skadet. Allikevel må vi huske på at Eivind muligens har nedsatt forståelse som kan føre til at han ikke forstår hvorfor han bør vaske seg, og det igjen kan føre til skade ettersom han er tilsølt med urin og avføring. Av erfaring har vi opplevd denne situasjonen i praksis og utfallet kan avhenge av om vi som helsepersonell har en god relasjon med pasienten. Rettferdighetsprinsippet går ut på det å behandle alle likt (Brinchmann, 2010). Vi tolker dette som at Eivind har rett til å bli behandlet på lik linje som andre pasienter. Samtidig

mener vi at det er viktig å tenke på Eivind som et individuelt menneske, noe som igjen samsvarer med det Travelbee (1999) sier om å se på pasienten som et unikt individ.

Autonomi er det siste prinsippet, og det kan også ses på som en egenskap og rettighet (Slettebø, 2009). Dette omhandler at pasienten har rett til å ta egne valg, og vi som sykepleiere skal respektere valgene han tar. For at pasienten kan ta et autonomt valg, er det flere faktorer som gjelder. Den første faktoren handler om han er kompetent, og kjennetegnene er evne til å uttrykke stabile ønsker, om han forstår hva valget gjelder og forstår konsekvensene valget får for hans spesielle livssituasjon, samt om pasienten er i stand til å bearbeide informasjonen som er gitt (ibid). Etersom Eivind har Alzheimers sykdom, så har han en rekke symptomer som kan påvirke om han er kompetent til å ta valg eller ikke. Fordi Eivind har svekket hukommelse på grunn av sykdommen, tenker vi at det kan det kan bli vanskelig for han å ta et kompetent valg. Dette fordi Slettebø (2009) forklarer at dersom pasienten er ubesluttsom eller har nedsatt hukommelse kan evnen til å huske hva som har blitt sagt bli svekket, og han kan selv skifte mening i løpet av kort tid. Vi har selv erfaringer med at pasienter med Alzheimers sykdom kan si en ting det ene øyeblikket og deretter skifte mening det neste. I forhold til Eivind tenker vi at han kan få problemer med å huske at han har sagt ja til å dusje. Når han er på tur inn på badet så kan han ha glemt det og dermed kanskje motsier det han har gått med på tidligere. Eivind kan også ha nedsatt forståelse i form av hørselsagnosi, som i følge Snoek og Engedal (2008) blant annet går ut på at man ikke skjønner eller tolker ord som blir sagt. Dette vil kunne påvirke det Slettebø (2009) sier om pasientens evne til å forstå hva informasjonen betyr for hans situasjon, herunder fordeler og konsekvenser av behandlingen som tilbys. I Eivinds situasjon er det ikke sikkert han forstår hva som blir sagt, selv om han gir uttrykk for det. Han vil dermed kanskje ikke forstå hvorfor han må dusje og kan få problemer med å se konsekvensene som følger av ikke å vaske vekk eventuell urin og avføring. Dersom pasienten har angst eller er sint kan han også i følge Slettebø (2009) få problemer med å vurdere fordeler og ulemper. Vi vet ikke om Eivind har angst, men i følge Kirkevold (2009) kan angst være en årsak til utfordrende atferd. Eivind har den siste tiden vist utfordrende atferd, noe som ses på en stor utfordring på den skjermede avdelingen han bor på. Dersom han har angst, samt at han er sint, kan det påvirke hans vurderingsevne som er viktig for om han kan ta et kompetent valg. Slettebø (2009) sier at dersom man mener at pasienten er inkompetent, skal man ta avgjørelsene på vegne pasienten med varsomhet og respekt. Carlsen (1991, referert i Eide og Eide, 2008) mener at respekt er viktig i forhold til pasientens følelser. Pasienter med demens har som andre mennesker gode

grunner til å bli blant annet sinte og det er viktig at sykepleieren tar dette på alvor. Vi ser at dusjsituasjonen med Eivind kan bli utfordrende på grunn av at hans symptomer og at dette kan føre til at han ikke bestandig kan ta et kompetent valg. På en annen side ønsker vi at Eivind skal bestemme selv og vi kan se for oss at dersom vi tar avgjørelsene på hans vegne, kan han reagere med sinne, noe som kan vanskeliggjøre situasjonen ytterligere. Vi undrer oss om at dersom vi skal ta valgene på hans vegne, så vil denne situasjonen nærme seg bruk av tvang fordi Eivind ikke vil dusje. Vi mener at det skal forsøkes andre tiltak før eventuell bruk av tvang blir aktuelt, jamført med det som står i Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A (1999). Uansett presiserer Aremyr (2000) at pasienten må få mulighet til å gjøre det han klarer selv og at vi veileder og assisterer ham i dusjsituasjonen. Dersom vi overkjører Eivind tenker vi at det kan fremprovosere utfordrende atferd og at det derfor kan være bedre å bistå ham med det han trenger hjelp til.

Den andre faktoren som spiller inn på om pasienten kan ta et autonomt valg er at han er konsistent i sitt ønske, og det må stemme overens med livsholdningen hans (Slettebø, 2009). Fordi Eivind har nedsatt hukommelse, mener vi at dette kan bli vanskelig da han kan ønske forskjellige ting på kort tid. Vi tenker derfor at vi bør finne ut om de ønskene Eivind formidler, egentlig stemmer overens med hans tidligere vaner og holdninger i forhold til dusjing. På en annen side kan det være vanskelig å få disse opplysningene av Eivind på grunn av hans sykdom. Derfor tenker vi at vi kan få informasjon fra konen hans, slik at vi finner ut om de valgene Eivind tar faktisk samsvarer med hvordan hans tidligere livsholdning. Yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2011) viser at en av sykepleierens plikter er å samarbeide med pårørende, samt behandle deres opplysninger med fortrolighet. Vi tenker at dersom vi involverer konen til Eivind, så vil det være viktig å vise at vi tar dusjsituasjonen til ham på alvor og bruker hennes opplysninger konstruktivt for at Eivind skal ha det best mulig.

Slettebø (2009) sier at den tredje faktoren handler om at informasjon skal gis på en måte pasienten forstår. I forhold til Eivind mener vi at informasjonen må gis på en enkel måte, noe som stemmer overens med det Aremyr (2000) sier om at det er viktig at sykepleieren snakker så tydelig og konkret som mulig til pasienter med demenssykdom. Den siste faktoren går i følge Slettebø (2009) ut på at pasienten skal kunne ta et fritt valg uten ytre press. Dette synes vi kan være vanskelig i forhold til Eivind, fordi vi mener at ytre press kan bety så mangt og tolkes på mange måter. Dersom vi mener Eivind bør dusje, vil vi gjerne prøve å overtale han til det slik at han ikke går med urin- og avføringsrester på seg. Overtalelse tolker vi som en



form for ytre press. På en annen side sier de yrkesetiske retningslinjene (NSF, 2011) at vi har plikt til å ivareta den enkelte pasients verdighet. Vi tenker at det ikke er verdig å gå med urin- og avføringsrester på seg, men hvis vi ser situasjonen fra Eivind sitt ståsted så er det ikke sikkert at han har den samme oppfatningen som oss. Et symptom på Alzheimers sykdom kan være synsagnosi og kan føre til problemer med å gjenkjenne det man ser (Snoek og Engedal, 2008). I denne sammenhengen kan det tenkes at Eivind faktisk ikke oppfatter hva urin og avføring er og dermed ikke forstå nødvendigheten av å dusje. Vi tenker også som Aremyr (2000) at det er viktig at sykepleieren respekterer pasientens ønske om å vente med dusjing. Det kan være mer verdifullt enn å hjelpe pasienten med å bli ren (ibid).

Eide og Eide (2008) sier at demente har behov for at andre verner om deres autonomi. En dement pasient vil ofte ikke være i stand til å ta stilling til hva som er passende og fornuftig i en situasjon. Da er det viktig at sykepleieren respekterer pasienten og gir nødvendig omsorg for å styrke hans evne til å ivareta seg selv. Vi mener at de yrkesetiske retningslinjene (NSF, 2011) bekrefter dette da pasienten har rett til helhetlig sykepleie, rett til medbestemmelse og rett til ikke å bli krenket, samt at sykepleieren skal hjelpe pasienten til å opprettholde håp, mestring og livsmot. Dette synes vi gir et sammendrag på det Slettebø (2009) har beskrevet om autonomi og det å kunne ta et autonomt valg. Slettebø (2009) sier også at selv om det er viktig med pasientautonomi, må man ikke glemme at sykepleieren er et autonomt individ. Hun sier videre at sykepleieren har rett og plikt til å ta vare på deg selv i en pleiesituasjon. I forhold til dusjsituasjonen med Eivind synes vi dette er viktig å huske på da han har en utfordrende atferd. Derfor mener vi at det er sentralt å forebygge utfordrende atferd for unngå tvang og gjennom dette mener vi at vi kan beskytte pasienten og oss selv som sykepleiere.

## **4.2 Kommunikasjon i samhandling med Eivind**

Utfordrende atferd kan ses på som uttrykk for dårlig kommunikasjon (Kirkevold, 2009). Siden vi er helsepersonell og ikke privatpersoner i vår kommunikasjon med Eivind, sier Eide og Eide (2008) at vi må bruke det som kalles profesjonell kommunikasjon. Profesjonell kommunikasjon skal være pasientrettet, anerkjennende og skape tillit og trygghet. Vi mener at Travelbee (1999) støtter dette når hun sier at kommunikasjon kan føre til et menneske-til-menneske-forhold, som igjen skaper tillit og trygghet. Eide og Eide (2008) sier at kommunikasjon skal bidra til å løse utfordringer og føre til at pasienten mestrer situasjonen best mulig. På en annen side kan kommunikasjonen være inkongruent, og dette kan føre til

uttrygghet og mistillit og dermed svekke forholdet mellom pasient og sykepleier (ibid). I situasjonen med Eivind tenker vi at trygghet og tillit må oppnås for å få til en god relasjon, og at kommunikasjon er grunnleggende for å få til dette. Erfaringene våres er at dersom vi er bevisst på at kroppsspråket vårt samsvarer med det vi sier, kan samspillet mellom oss og pasienten bli bedre. Vi har opplevd å gå inn til en pasient med et kroppsspråk som viser at vi er stresset, og har merket på oss selv at stemmeleiet høres strengere ut enn vanlig. Da ble resultatet at pasienten ble påvirket av vår væremåte og reagerte med uro og usikkerhet. Vi tenker at Ingebretsen (2005) bekrefter vår erfaring når hun skriver at stemmebruk, øyekontakt og kroppsholdning er viktige non-verbale kommunikasjonsmetoder i samhandling med demente. Dette blir desto viktigere etter hvert som det blir vanskeligere å komme igjennom til pasienten med verbal kommunikasjon (ibid). Vi knytter dette til hva Samuelsen (2006) sier om at den gode sykepleier skiller fra den mindre gode gjennom samspillet man har med pasienten, og er da avgjørende for hans opplevelse av mestring i hverdagen. Travelbee (1999) sier om at det er viktig å ikke bli for opptatt av kommunikasjonsteknikker, men grunnen til at de brukes slik at man får nytteverdi av de. Travelbee (1999) minner oss her på at vi alltid må være bevisst hvorfor vi kommuniserer som vi gjør og hva som er hensikten i møte med Eivind. Samtidig mener Travelbee (1999) at det er ikke mulig å lage noen regler for hvordan man møter andre mennesker ettersom hvert møte er ulikt, men likevel er det viktig å lære seg kommunikasjonsteknikker.

Heap (2002) sier at i kommunikasjonen med pasienter med demens kan det brukes flere ulike teknikker. Realitetsorientering er en av dem, og denne teknikken brukes til å konsekvent navngi objekter, handlinger, omgivelser og tidspunkter (ibid). Fordi Eivind har Alzheimers sykdom kan han ha problemer med å orientere seg. Snoek og Engedal (2008) sier at nedsatt orienteringsevne handler om at pasienten kan ha problemer med å vite hvilken situasjon han befinner seg i, geografisk stedsans, og at han kan huske hendelser fra tidligere i livet som oppleves på nytt i nåtiden. Vi vet ikke hvorfor Eivind har utfordrende atferd, men vi tror at realitetsorientering kan bidra til at han får bedre forståelse ved at vi forteller hva som skal skje. På en annen side kan symptomene hans kan bidra til at han ikke forstår allikevel, og vi tenker at det kan føre til at han får en mer utfordrende atferd. Kirkevold (2009) sier at i et senere stadium av sykdommen kan pasienten ha problemer med å tolke selv igjen kjente omgivelser, og at det skal da lite til at syns- og hørselsinntrykk blir uforståelige og skremmende. Verbal kommunikasjon blir uforståelig, mens non-verbal kommunikasjon blir lettere å forstå. Det skal da lite til for at pasienten opplever situasjonen truende. I disse

situasjonene kan atferdssymptomer som truende atferd, hevet stemmeleie, aggresjon, fysisk aggresjon og en fiendtlig holdning oppstå (ibid). Vi tenker at dette kan være en årsak til at Eivind har utfordrende atferd. Realitetsorientering kan være et hjelpemiddel, men vi tenker at man må være bevisst på hvordan man bruker det. Dersom vi prøver å realitetsorientere Eivind med at han skal dusje og han ikke forstår, må vurdere om det er lurt å fortsette å realitetsorientere eller ikke på grunn av hans utfordrende atferd. Vi har erfart at realitetsorientering kan føre til mer uro for pasienten da vi forstyrrer hans oppfatning av situasjonen han er i, og at han da kan tolke vår realitetsorientering som en påminnelse av at han ikke forstår. Erfaringen tilsier at pasienten dermed kan reagere med fortvilelse og sinne, og motsier seg den hjelpen vi prøver å tilby. Hvis vi tenker at dersom realitetsorientering ikke hjelper, så kan vi bruke en annen teknikk som kalles validering.

Validering handler om innlevelse, og tar sikte på å handle på bakgrunn av det som er en realitet for den demente pasienten og unngå å motsi feiloppfatninger og realitetsbrist (Heap, 2002). Vi ser på dette som en motsetning til realitetsorientering. Eide og Eide (2008) sier at i stedet for å realitetsorientere og finne ut om det pasienten sier er sant, kan det være viktigere å lytte og prøve å forstå det følelsesmessige budskapet som ligger i det pasienten sier eller gjør. Det at noen lytter og lever seg inn i hva vi føler, styrker selvfølelsen og fyller behovet for tilknytning og nærhet til andre mennesker. Denne formen for bekreftende kommunikasjon skaper trygghet og tillit, og kan være avgjørende for å bygge god relasjon (ibid). I forhold til Eivind tenker vi at validering kan være gunstig fordi dersom vi lever oss inn i hans verden, så går vi inn på hans premisser og da kan vi også få en forståelse på hvorfor Eivind reagerer som han gjør. Vi synes at validering går ut på mye av det samme som Travelbee (1999) sier om at empati er en viktig del av etableringen av et menneske-til-menneske-forhold. Hun sier at ved å være empatisk får man et innblikk i den andres indre verden og man kan bli i stand til å forstå hva den andre tenker og føler. Samtidig presiserer hun at er man kun empatisk blir man objektiv og man klarer ikke å tenke og føle som den andre. Ved å være empatisk kan man forstå, men man tar ikke den andres situasjon innover seg. Samtidig så sier hun at man må være sympatisk fordi uten sympati vil ikke sykepleiere ha et ønske om aktivt å hjelpe pasienten, noe som fører til at omsorgen blir overfladisk. Allikevel så må sykepleieren bruke sympatien til konstruktive handlinger (ibid). Vi tenker at for å forebygge den utfordrende atferden til Eivind så må vi vise empati og sympati. Ved å vise empati så tar vi del hans verden for å få en forståelse av hans følelser og atferd og ved å vise sympati så viser vi Eivind at vil hjelpe og bry oss om han. Erfaringsmessig så har vi opplevd at empati og sympati

henger sammen. Vår tolkning av empati i praksis er at man kan være følelsesmessig nøytral, men samtidig så må vi være sympatisk ved å vise at vi bryr oss om pasienten for å kunne gi han den hjelpen han trenger. Vi mener at dersom vi bryr oss om Eivind og er engasjert i hans livsverden, så går vi inn for å gjøre dusjsituasjonen bedre for han. Det kan føre til at Eivind selv føler at vår omsorg er ekte og da tar i mot den hjelpen vi tilbyr. Dette kan vi støtte opp mot det Travelbee (1999) sier om at kommunikasjon kan brukes til å støte bort mennesker eller trekke de nærmere, til å hjelpe eller til å såre. Hun sier videre at dersom sykepleieren ikke bryr seg om pasienten vil han oppfatte det (ibid). Vi tenker at validering er en god metode for å hjelpe oss til å forstå Eivind sin verden fra hans perspektiv. Sammen med validering mener vi at vi kan bruke en teknikk som kalles reminisens.

Reminisens handler om minnearbeid og om hvordan fortid og nåtid kan gli inn i hverandre (Heap, 2002). Eivind har nedsatt hukommelse, samtidig som at nedsatt orienteringsevnen kan være årsak til den utfordrende atferden. Ved å bruke reminisens kan vi hjelpe han til å få mening og følelse av verdighet. Erfaringsmessig har vi ikke brukt reminisens i en dusjsituasjon, men vi tenker at reminisens kan være en god teknikk i forkant av dusjsituasjonen for å forhindre utfordrende atferd. Vi kan bruke det Eide og Eide (2008) sier om at dersom man bruker musikk eller bilder, kan det være en utløsende faktor for minner og stemninger, noe som vi mener bidrar til noe positivt for å forhindre utfordrende atferd. Vi har erfart at musikk som har betydd mye for pasienter fører til godt humør og det kan se ut som de gjenopplever gode minner. Dette kan føre til at de blir roligere og mindre anspente. En annen erfaring er at dersom vi viser bilder fra hjemstedet til en pasient med utfordrende atferd, kan det bidra til at humøret endrer seg og samarbeidet med pasienten blir lettere. Vi tenker at dersom vi kartlegger hva Eivind har interessert seg for tidligere i livet, som blant musikk og bilder eller andre minner, så kan det bidra til at stemningsleiet hans blir lettere og igjen samarbeidet enklere. Vi mener at reminisens har noe til felles med realitetsorientering. Dersom vi viser bilder fra Eivinds hjemsted eller setter på musikk som har betydd mye for han, så tenker vi at vi både bevisstgjører og orienterer Eivind om hva som har vært en realitet tidligere. Her synes vi det er viktig å vurdere hva som fører til minst utfordrende atferd hos Eivind. Dersom vi bruker realitetsorientering og forteller Eivind at det er minnene og ikke nåtid han snakker om, kan det såre han og føre til utfordrende atferd.

### **4.3 Kartlegging og praktiske tiltak for å forebygge utfordrende atferd hos Eivind**

Utfordrende atferd er et symptom som kan være vanskelig å forholde seg til (Snoek og Engedal, 2008). Kirkevold (2009) skriver at aggresjon skjer ofte i stellsituasjoner og at det er under slike situasjoner pasienten kan føle seg mest truet og sårbar. Eivind har utfordrende atferd og vi må ha kunnskap om at han i slike situasjoner kan være ekstra påpasselig. Vi tenker vi må forebygge denne atferden slik at bruk av tvang unngås.

Kirkevold (2009) sier at kartlegging er viktig for å finne ut årsak til atferd og gi en beskrivelse av selve atferden, og med god kartlegging kan sykepleierne finne hensiktsmessige tiltak. Vi mener at kartlegging er grunnleggende for å forebygge den utfordrende atferden til Eivind. Vi tenker at vi må finne ut hvorfor han oppfører seg som han gjør, slik at vi kan være i forkant neste gang. Aremyr (2000) kommer med flere eksempler. Hun sier at mennesker med demenssykdom kan få problemer med å tenke abstrakt. Tankegangen blir mer og mer konkret og pasienten kan få problemer med å forstå omverdenen da han oppfatter alt han opplever som virkelig. Bilde han ser i speilet kan misforstås og pasienten kan tro at det er noen som står og ser på at han kler av seg (ibid). Dette mener vi stemmer godt overens med det Kirkevold (2009) sier om at årsaken til at en pasient med demenssykdom gir motstand, kan være at han ikke forstår hva som skjer. Vi har ikke tenkt over at et speilbilde kan føre til utfordrende atferd fordi pasienten tror at han ser noen andre. Vi opplever at det er speil på de fleste bad og vi har aldri tenkt over at pasienten kan tro at det er noen andre enn seg selv han ser. Vi ser på dette som ny kunnskap som vi vil benytte oss av i møte med Eivind og videre i praksis.

Eivind har nedsatt hukommelse og bor på en skjermet enhet på sykehjemmet. Aremyr (2000) sier at dersom hukommelsen svikter, så er det ikke sikkert at pasienten husker hvor han befinner seg. Pasienten kan blant annet tro at han er på besøk fordi han ikke husker at han bor på sykehjemmet. Da vil det være naturlig for ham å ville vente med å dusje til han kommer hjem (ibid). Dette kan være en årsak til at Eivind ikke vil dusje. Vi har erfart at mennesker med demenssykdom noen ganger ikke føler seg hjemme på institusjon og sier de vil hjem. Samtidig så har vi ikke knyttet dette opp mot årsak til at pasienter ikke vil dusje. Dette er også noe vi kan ta lærdom av og bruke i situasjonen med Eivind og videre i praksis. Aremyr (2000) sier også at nedsatt hukommelse kan føre at pasienten ikke husker hva som skal skje etter han har kommet inn på badet. Dersom vi får Eivind inn på badet, tenker vi at det kan være viktig å

gjøre som Aremyr (2000) sier om å sette på dusjen mens pasienten kler av seg, slik at han blir minnet på hvorfor han faktisk kler av seg.

Stell og intimhygiene passerer private grenser og pasienten kan føle seg forlegen og utilpass (Kirkevold, 2009). Dette mener vi kan være en årsak til at Eivind får utfordrende atferd og motsier seg å dusje. Vi har selv erfart at noen pasienter er sjenerte og synes at det er ubehagelig at andre er tilstede ved dusjing. Aremyr (2000) bekrefter dette når hun sier at mange synes det er unaturlig å kle av seg foran fremmede. Sykepleieren kan stå bak pasienten slik at han blir mindre sjenert, samt at pasienten kan ha på seg undertøy eller håndkle når han dusjer. I tillegg er det viktig at sykepleieren gir beskjed til andre kollegaer at de ikke skal kikke inn på badet når pasienten dusjer (ibid). Aremyr (2000) foreslår også at man kan låse døren for å unngå at andre kommer inn mens pasienten dusjer. Dette synes vi ikke er en god løsning da Eivind kan få det Kirkevold (2009) kaller en katastrofereaksjon. En katastrofereaksjon går ut på at pasienten kan føle seg presset inn i situasjoner han ikke mestrer, og det kan oppstå kaotisk og panisk atferd (ibid). Dette går overens med det Aremyr (2000) sier om at dersom pasienten havner i en katastrofereaksjon kan det være vanskelig å berolige ham. Hun sier videre at en katastrofereaksjon kan oppstå dersom pasienten ikke kan styre det som skjer rundt eller at sykepleieren går ut av rommet og lar han være igjen alene (ibid). Vi mener at dersom døren er låst og Eivind får en katastrofereaksjon, kan situasjonen bli ytterligere verre både for oss og Eivind dersom han ikke kommer seg ut. Vi vet ikke om Eivind har hatt en slik katastrofereaksjon, men ettersom det er en type utfordrende atferd så bør vi være klar over at det kan skje.

Vi erfarer fra praksis at dusjrutinene i sykehjem er på en gang per uke og dette gjelder også på sykehjemmet der Eivind bor. Aremyr (2000) påpeker at alle mennesker er forskjellige. Noen har som vane å dusje om morgenen, andre om kvelden. Det er viktig at sykepleieren velger et tidspunkt for dusjing som passer best for pasienten (ibid). Vi synes dette er viktig og mener vi bør kartlegge når på døgnet Eivind pleide å dusje før. Ettersom han har jobbet som tømrer og dermed har drevet med kroppsarbeid, kan det tenkes at han har hatt som vane å dusje etter endt arbeidsdag. På en annen side sier Aremyr (2000) at ikke alle pasienter er vant til å dusje, noen har kun vasket seg ved vaskeservanten eller tatt karbad. I Eivind sin situasjon mener vi det er viktig å spørre han selv og konen om hans dusjvaner slik at vi kan forhindre at dette er årsaken til hans utfordrende atferd. Sloane et al. (2004) hevder at man kan bruke andre metoder enn dusjing for å forebygge utfordrende atferd. De sier at det å stille i seng kan være

en like god metode som dusj med tanke på hvor ren man blir. Studien viser at stell i seng også kan oppleves som mer behagelig, samt at det heller ikke tar så mye lenger tid (ibid). Vi erfarer at det ofte ikke er åpent for alternative løsninger i stedet for dusj på institusjoner. Vi opplever at man ofte skylder på tidspress og mangel på ressurser og derfor ikke vil prøve noe nytt. Eivind vil ikke dusje og derfor kan vi prøve andre alternativer. Vi tenker at forslaget til Sloane et al. (2004) om stell i seng ikke er så aktuelt ettersom han er en oppegående mann, men det går an å foreslå en grundig vask ved vaskeservanten slik Aremyr (2000) kommer fram til.

Vi synes det Aremyr (2000) nevner om at tidligere opplevelser kan føre til at dusjsituasjonen blir vanskelig for pasienten, er veldig sentralt i forhold til kartlegging av utfordrende atferd. Sykepleieren må kartlegge om pasienten har hatt negative opplevelser i forhold til vann eller dusj tidligere (ibid). I praksis har vi aldri opplevd at dette har vært et tema å kartlegge, men vi ser nå at det er veldig viktig å være bevisst på dette framover i arbeidshverdagen. Dersom tidligere negative opplevelser er årsaken til Eivind sin utfordrende atferd, så er vi nødt til å vite noe om det for å kunne samarbeide og forhindre at dusjsituasjonen blir vanskelig for han.

## 5 Konklusjon

Gjennom arbeidet med oppgaven har vi funnet ut at tvang er et problem i norske sykehjem (Kirkevold og Engedal, 2004). Hem et al. (2010) viser til at pleiepersonell ofte er usikre på hva som skiller bruk av tvang og ikke bruk av tvang. Vi ser at det finnes andre alternative løsninger som er både bedre og enklere enn bruk av tvang. Dessuten er vi som helsepersonell pålagt å følge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) hvor det står at tillitsskapende tiltak må forsøkes før man bruker tvang på pasienter.

Travelbee (1999) sine teorier om menneske-til-menneske-forholdet gjør oss mer bevisst på å se Eivind som et unikt individ. Dersom vi ser på Eivind som den personen han er og ikke som hvilken som helst pasient med demenssykdom som har utfordrende atferd, vil vi kunne få en bedre relasjon med ham som er basert på trygghet og tillit. Dette er viktig slik at den utfordrende atferden og sykdommen ikke blir dominerende i vårt forhold til Eivind. Vi vet at han ikke kan bli frisk av sykdommen og vi mener at vårt mål med sykepleien i dette tilfellet bør være at han får en best mulig opplevelse av dusjsituasjonen.

Selv om Eivind sin Alzheimers sykdom gir symptomer som påvirker hans evne til å ta et autonomt valg, så er han likevel et autonomt menneske. Han vil i følge Eide og Eide (2008) ha behov for at andre verner om hans autonomi. Vi mener det er viktig å være bevisst på at det er Eivinds behov som står i fokus og vi må hjelpe ham til å ta de valgene som er riktige for ham. Dette for å forebygge bruk av tvang i dusjsituasjon, noe som vil gå mot hans ønsker.

Vi har gjennom oppgavens teori lært at kommunikasjon betyr mer enn hva vi var klar over i samhandling med pasienter med demenssykdom. Kirkevold (2009) sier at utfordrende atferd kan sees på som uttrykk på dårlig kommunikasjon. Vi har lært at spesielt den non-verbale kommunikasjonen spiller en større rolle etter hvert som sykdommen utvikler seg og at det er viktig å være bevisst på at samspillet mellom det vi sier og det vi viser med kroppsspråket vårt. De ulike kommunikasjonsteknikkene som Heap (2002) nevner, ser vi på som viktige for få en god samhandling med Eivind. Vi har funnet ut at teknikkene kan brukes om hverandre og at vi må se an situasjonen og hvordan Eivind responderer på teknikken som brukes. Vi har gjennom oppgaven og erfaringer sett at dersom vi er klare på å bruke teknikkene bevisst, kan det føre til mindre utfordrende atferd.



Vi ser betydningen av hvor viktig kartlegging av pasienter med demenssykdom er. Kirkevold (2009) skriver at aggresjon skjer ofte i stellsituasjoner og at det er under slike situasjoner pasienten kan føle seg mest truet og sårbar. Vi har ved hjelp av Aremyr (2000) funnet ut at det er mange små tiltak som kan bety mye for å forhindre utfordrende atferd. Det handler om å ha kunnskap om pasienter med demenssykdom og bruke dette i de handlingene vi gjør (ibid). Spesielt gjennom å basere handlingene våre på bakgrunn av kunnskap om symptomer, tenker vi at vi kan være i forkant og videre forhindre utfordrende atferd som igjen kan forebygge bruk av tvang.

## Referanseliste

\* Anfinnsen, E. (2003). *Her – og langt borte: Demens sett med dikterens øyne*. Tønsberg: Aldring og helse.

\* Aremyr, G. (2000). *Hvorfor vil ikke Asta dusje?* Oslo: Kommuneforlaget AS.

Brinchmann, B.S. (2010). De fire prinsippers etikk. I B.S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien*. (2.utg., s 81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Eide, H., og Eide, T. (2008). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

\* Engedal, K., Kirkevold, Ø., Eek, A., og Nygård, A-M. (2001). *Skal, skal ikke: Rettighetsbegrensninger og bruk av tvangstiltak i behandling og omsorg av personer med demens*. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

\* Heap, K. (2002). *Samtalen i eldreomsorgen: Kommunikasjon - minner – kriser – sorg*. (3.utg). Oslo: Kommuneforlaget AS.

\* Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Demensplan 2015: Den gode dagen*. Lokalisert på [http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan\\_2015/Demensplan2015.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan_2015/Demensplan2015.pdf)

\* Hem, M.A., Gjerberg, E., Pedersen, R., og Førde, R. (2010). Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang. *Sykepleien Forskning*, 5(4), 294-301. Lokalisert på <http://www.sykepleien.no/Content/569165/artHem.pdf>

\* Ingebretsen, R. (2005). *Kommunikasjon ved demens – en arena for samarbeid*. (Norsk Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, Rapport nr. 13, 2005). Oslo: Norsk Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

\* Kirkevold, Ø. (2009). Utdrende atferd – forståelse og behandling. I Engedal, K., og Haugen, P.K. (Red). *Demens: Fakta og utfordringer*. (5.utg., s 311-327). Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse

\* Kirkevold, Ø., og Engedal, K. (2004). Prevalence of patients subjected to constraint in Norwegian nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 3(18), 281-286. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2004.00278.x

NSF (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV- 1999-07-02-63. § 4. (2011). Lokalisert på <http://www.lovdata.no>

\* Samuelsen, A. G. (2006). *Kunsten i samspill: Fra ord til handling* (2. utg.). Oslo: Kommuneforlaget.

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

\* Sloane, P.D., Hoeffler, B., Mitchell, M., 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. *Clinical Investigations*, 11(52), 1795-1804.

Snoek, J. E. og Engedal, K. (2008). *Psykiatri: kunnskap, forståelse, utfordringer*. (3.utg). Oslo: Akribe.

\* Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

## Vedlegg 2 Søkehistorikk

Dato	Database	Søkeord	Begrensninger	Antall treff	Utvalgte artikler	Artikkelnavn
11.04.12	Ageline	«bathing» AND «dementia» AND «agitation»	2003-2011 Fulltekst	4	1	«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»
11.04.12	Sykepleien.no	«demens», «stell», «tvang»	Avansert søk Alle ordene	1	1	«Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang»
16.04.12	Academic Search Premier	«Kirkevold» AND «dementia» AND «restraint»	2003-2012 Fulltekst	5	1	“Prevalence of patients subjected to constraint in Norwegian nursing homes”

## Vedlegg 3 Oversikt over valgte artikler

Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/instrument	Deltagere/fracfall	Hovedfunn
Sloane, P.D., Hoeffler, B., Mitchell, M., McKenzie, D.A., Barrick, A.L., Rader, J., ... Koch, G.G.  2004  USA  Clinical Investigations	«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»	Evaluerer effekt av ikke-farmakologiske tiltak for å redusere/forebygge uro, aggresjon og ubehag i sykehjem med pasienter med demens, knyttet til bading. Teknikkene som blir evaluert er personsentrert dusjing og vask/stell i seng.	Kvalitativ.  Intervju av helsepersonell.  Sammenligning av to prosjektgrupper og en kontrollgruppe. Trening/undervisning, bruk av videotape for å identifisere årsak til atferd, forutsetninger, praktisk veiledning under påfølgende bad for å finne/prøve ut mulig løsninger, moraliserende opplæring.	37 helsepersonell som deltok i stell, 73 sykehjemspasienter, hvor 69 fullførte prosjektet.  Pasientene måtte være utagerende under bading, de måtte være 55 år eller eldre og de måtte ha assistanse til bading. De måtte ha Alzheimers eller en annen type demens, bortsett fra alkoholdemens, Huntingtons sykdom eller psykotiske pasienter. De måtte være engelskspråklige og en forutsetning måtte være at det var en liten sjanse for at de døde under prosjektet på seks måneder.  Pårørende måtte samtykke om at det var greit at pasienten var med i studien.	- Fokus på å individualisere dusj og sengestell viste seg å være en trygg, effektiv metode som reduserer aggresjon, uro og ubehag i forbindelse med bading av personer med demens.
Hem, M. H., Gjerberg, E., Pedersen, R., Førde, R.  2010	«Pleie og omsorg i grenseland et mellom frivillighet og tvang»	Å beskrive typiske situasjoner når omsorg og pleie skal gis til personer med demens som motsetter seg hjelp	Elleve fokusgruppeintervjuer med 60 pleiere på fem sykehjem. Intervjuene er basert på en tematisk ordnet intervjuguide der	60 deltakere fordelt på 11 grupper. Gruppene var hovedsakelig tverrfaglig sammensatt	Resultatene viser at å hjelpe pasienter med demens med personlig stell byr på mange utfordringer. Grenselandet

<p>Norge</p> <p>Sykepleien Forskning</p>			<p>de fokuserer på personalets forståelse av frivillighet og tvang, hvordan situasjonene løste seg uten bruk av tvang, hvordan motstand av pleie og omsorg utløste press og bruk av tvang, hvilke pleiesituasjoner som involverte bruk av tvang og hvilke former for tvang de hadde erfaring med.</p>		<p>mellom frivillighet og tvang er ofte uklare, så terskelen for at frivillige situasjoner kan gå over til tvang, er lav. Motstand kan ligge mer i måten ting gjøres på enn motstand mot selve handlingen. Etablering av tillitsfulle relasjoner til pasienter er en måte å redusere tvang på og øke frivillighet og samarbeid.</p> <p>I praksis er det</p> <p>Kunnskap om pleiernes erfaringer og håndteringsmåter kan bevisstgjøre og gi pleierne flere strategier for å gjennomføre krevende pleieoppgaver, og den kan bidra til å iverksette tiltak som styrker kvaliteten på omsorgen, slik at man på sikt kan redusere tvang.</p>
<p>Kirkevold, Ø., Engedal, K.</p>	<p>“Prevalence of patients</p>	<p>Kartlegge omfang av tvang i norske</p>	<p>Kvantitativ. Strukturert</p>	<p>Primærpleiere av et tilfeldig utvalg av 1501 pasienter</p>	<p>Pasienter i somatiske avdelinger</p>

<p>2004</p> <p>Norge</p> <p>Scandinavian Journal of Caring Sciences</p>	<p>subjected to constraint in Norwegian nursing homes”</p>	<p>sykehjem.</p>	<p>intervju med primærpleiere av et tilfeldig utvalg av 1501 pasienter fra 222 sykehjemsavdelinger i 54 kommuner i Norge. Data hentet fra somatiske avdelinger og skjermede enheter for personer med demens. 30 % fra skjermede enheter. Episoder av tvang gjennom 1 uke ble registrert. Fem hovedgrupper av tvang var samlet: mekaniske tvangsmidler, ikke-mekanisk tvangsmidler, elektronisk overvåkning, bruk av tvang i forbindelse med medisinsk undersøkelse og behandling og bruk av tvang i forbindelse med aktiviteter i dagliglivet (ADL).</p>	<p>fra 222 sykehjemsavdelinger i 54 kommuner i Norge.</p>	<p>(36,7 %) ble utsatt for noe tvang, mens pasienter i skjermede enheter (45 %) ble utsatt for tvang.</p> <p>Bruk av tvang er et problem i norske sykehjem.</p>
---	--	------------------	--	---	---