



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for helse og idrettsfag

Carina Elisabeth Skedsmo og Fredrik Nuland Fedog

Uten gode relasjoner stopper alt.

Without good relations everything stops.

Kull 121

4AVS304

2012

Veileder: Else Berit Steinseth

Antall ord: 10.379

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	4
1.1 Case og problemstilling.....	4
1.2 Bakgrunn for valg av tema	5
1.3 Avgrensninger	6
1.4 Oppgavens disposisjon	6
1.5 Etisk vurdering av oppgaven.....	7
2.0 Metode.....	8
2.1 Litteraturstudie	8
2.2 Utvalgt litteratur	9
2.3 Kildekritikk	10
3.0 Frontallaspsdemens (FLD).....	12
3.1 Nødvendigheten av et godt stell	12
3.2 Pasientens opplevelse	13
3.3 Pasientens rettigheter.....	13
4.0 sykepleie til pasienter som ikke vil stelle seg	15
4.1 Sykepleierrollen	15
4.2 Samhandling.....	16
4.3 Tillitskapende tiltak.....	16
4.4 Kommunikasjon	17
4.5 Miljøbehandling	18
4.6 Sykepleier-pasient fellesskapet	19
4.7 Kari Martinsens omsorgsteori	20
4.8 Menneskesyn og holdninger i demensomsorgen.	22
5.0 Sykepleie uten tvang	23
5.1 Hvordan sykepleiers fremgangsmåte kan påvirke situasjonen	23

5.2 Glemmer vi å ta hensyn til pasientens opplevelser?	26
5.3 Miljøarbeid	27
5.4 Pasientens rettigheter og samhandling	29
5.5 Men har holdningene våre noe å si da?	30
5.6 Betydningen av relasjon	31
5.7 Betydningen av å lære av andre	31
6.0 Konklusjon	33
Litteraturliste	34
Vedlegg	

1.0 Innledning

Vi vil i denne oppgaven ta for oss temaet tvang og frontallappsdemens.

Demens er en fellesbetegnelse på en rekke hjernesykdommer, hvor felles for de alle er at det skjer en ervervet kognitiv svikt som er irreversibel. I 2008 ble det estimert at det var omlag 70.000 personer med demenslidelse i Norge, hvor risikoen for å utvikle lidelsen øker i takt med alderen. På grunn av økt levealder i Norge og resten av verden er det forventet at antall personer med demenslidelse vil ligge på rundt 160.000 innen 2050 (Folkehelseinstituttet, 2010). Disse statistikkene omfatter alle former for demens, men sykdommen består av flere undergrupper, blant annet frontallappsdemens, som igjen er en undergruppe av degenerative demenslidelser. Sykdommen fører til skader på panne- og tinningslappene, dette medfører at personen får en personlighetsforandring, hvor man ser at personen blir initiativløs, handler primitivt, mister fordommer, er impulspreget og ofte sosialt støtende. Hos enkelte pasienter i denne gruppen er også aggresjon og irritasjon ett vanlig problem (Snoek & Engerdal, 2005).

De situasjoner hvor sykepleiere opplever utaggerede adferd hos pasienter med demens, er i følge Hem, Gjerberg, Pedersen & Førde (2010) i stellesituasjonen. Vi vil derfor bruke denne oppgaven til å se på hvordan sykepleieren kan møte denne pasientgruppen uten at det blir et spørsmål om å bruke tvang eller ikke, og på hvilke områder kompetansenivået hos sykepleier må økes.

1.1 Case og problemstilling

I denne oppgaven har vi valgt å utarbeide en case som vil danne grunnlag for oppgaven videre.

NN er en dame på 72 som har hatt kjent Frontallappdemens i 4 år. hun bor for tiden på en skjermet enhet ved et sykehjem i Norge. NN har fremdeles gode motoriske funksjoner og klarer det meste selv, hun har ingen form for afasi, men har noen ganger litt problemer med å finne ord og få fra meningen i det hun vil si. NN er også tydelig ukritisk til sitt eget utseende og påkledning, og tar heller ikke initiativ selv til å stelle seg eller ta på rene klær. Allikevel

motsetter hun seg hjelp til å skifte tøy og vaske seg, og når personalet forsøker å hjelpe henne blir hun aggressiv og motarbeidene. Hun sier selv ”Detta ska `je ordne sjøl” sitat. Men ting blir ikke gjort. Situasjonen blir tatt opp på vaktrommet der flere av personalet gir uttrykk for at situasjonen er uverdigg, men er usikre på hvordan de skal gå frem og tilrettelegge situasjonen uten å måtte tvinge henne.

Ut i fra denne casen har vi formulert følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleieren unngå tvang i forbindelse med ivaretagelse av den personlige hygien?

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Kirkvold (2005) slår fast i sine resultater at tvang i sykehjem skjer oftere enn hva som kan forsvares faglig. ”Den høye forekomsten, den dårlige dokumentasjonen og tilfeldighetene med hensyn til hvem som avgjør at tvang skal benyttes, sannsynliggjør at det er mer snakk om dårlige rutiner enn nøye overveielser i hvert enkelt tilfelle” (ibid., s. 1346).

Kirkvold (2005) hevder selv at dette er mye av grunnen til at tvangen blir utøvet, og at mangel på faglig kompetanse og liten faglig overveielse av situasjonene har også mye av skylden. I litteraturen omtales ofte bruk av tvang i de situasjoner hvor pasienten har ”vanskelig adferd” (Høyersten, 1994, s. 43). Hovedgrunnen til den vanskelige adferden kan ofte ligge i hvordan sykepleieren opptrer og samhandler med pasienten (Hem, et al. 2010).

Ser vi på dette og de resultatene Kirkvold (2005) trakk frem i sin studie, ser man at vi som sykepleiere har et faglig ansvar ovenfor pasientene å øke vår kompetanse innenfor fagfeltet for å forebygge den ”vanskelige adferden” hos pasientene, og dermed også forebygge bruken av tvang (Hem, et al. 2010).

Vår personlige bakgrunn for valg av tema er ut i fra praksiserfaringer i sykehjem. Vi har selv opplevd at det i stellesituasjonene ofte kan bli en tendens til at stellet utføres på sykepleierens premisser, og ikke når pasienten selv ønsket det. Vi har også sett at i slike situasjoner har det blitt utøvet tvang ovenfor pasienter med demenslidelse. Dette er også en problematikk vi vil kunne møte i vår fremtid som sykepleiere. Vi har erfart at fremferd og holdninger hos

personalet er viktige grunnsteiner i alliansebyggingen med pasientene. Videre har vi erfart at personalet har ulike fremgangsmåter og metoder på å få ting gjort, noen sier selv at de velger å ikke gjøre noe fordi de er usikre på hvordan de skal gå frem, noen av personalet får til en god relasjon mens andre ”må” bruke tvang. I tillegg opplever vi selv også å ha lite kunnskaper om samhandling med denne pasientgruppen.

1.3 Avgrensninger

Vi har avgrenset oppgaven til å omhandle samhandling med personer med Frontallappdemens, hvilke rettigheter og behov denne pasientgruppen har og sykepleierens rolle i denne sammenhengen.

Vi ser at dette er en situasjon hvor det vil kunne oppstå etiske dilemmaer, men dette vil vi ikke ta stilling til siden det ikke er fokus for oppgaven.

Vi har valgt å støtte oss til Hummelvolls hjørnesteiner i sykepleier- pasient-felleskapet, men vil vi kun omtale hjørnesteine om møte og nærhet og likverdighet, da disse var passende i forhold til å kunne besvare vår problemstilling.

Vi har valgt å referere til frontallappdemens som FLD, for å gjøre teksten mer leservenlig.

1.4 Oppgavens disposisjon

Teorien er inndelt i to hovedkapitler, hvor det første kapitlet omtaler situasjonen ut i fra pasientens perspektiv, rettigheter og behov. I det andre hovedkapitlet ser vi på situasjonen ut fra sykepleier i forhold til hvordan hun/han kan samhandle med NN. For å begrunne hvordan sykepleier kan gjennomføre dette har vi tatt utgangspunkt i Martinsens, Orems og Hummelvolls teorier.

I diskusjonskapitlet vil vi prøve å svare på problemstillingen ut i fra teorien vi har lagt frem. Siden temaet for oppgaven vår er hvordan sykepleier kan unngå tvang i forbindelse med å ivareta den personlige hygien hos NN, vil vi fokusere på hvilke kunnskaper sykepleier må tilegne seg for å kunne samhandle med denne pasientgruppen. Vi vil derfor diskutere konsekvensene av sykepleiers mangler kunnskaper og hvordan holdninger og menneskesyn kan påvirke relasjonen og samarbeidet med NN.

Til slutt vil vi komme med en konklusjon hvor vi gir en oppsummering av det vi har kommet frem til gjennom teorien og drøftingen.

1.5 Etisk vurdering av oppgaven

Caset som oppgaven tar utgangspunkt i er en fiktiv situasjon og pasient, men er basert på våre egne erfaringer i møte med pasienter med FLD. Vi har valgt å referere til pasienten som "NN" og utelatt navn på den fiktive personen, sykehjem og lokalitet. Dette er utelatt på grunn av at det ikke er relevant og dermed med på å anonymisere pasienten med tanke på taushetsplikten vi helsearbeidere er underlagt.

2.0 Metode

Metode defineres som en fremgangsmåte for å opparbeide seg kunnskap eller etterprøve påstander som kan belyse en problemstilling innenfor et aktuelt tema på en faglig forsvarlig måte. Den har også til hensikt å systematisere prosessen og søket etter informasjon (Dalland, 2007).

Metoden for denne oppgaven er litteraturstudie. Dette innebærer at oppgaven baseres på eksisterende litterære kilder med utgangspunkt i sykepleierteoretisk pensumlitteratur og forskning som omtaler sykepleierrollen i forhold til begrepene tvang og demens. Hvordan denne litteraturstudien er gjort vil vi gjøre rede for i dette kapittelet (Dalland, 2007).

Gjennom utdanningen har vi sett betydningen av å jobbe kunnskapsbasert, vi har også vært bevisst på å jobbe etter disse retningslinjene i søk etter litteratur, men også under selve skriveprosessen. Dette gjør at vi kan reflektere over temaet og besvare problemstillingen ut i fra flere synspunkt og i tillegg finne ut om det er likheter og forskjeller mellom teori og praksis i drøftningen (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholdt & Reinar, 2007).

Å jobbe kunnskapsbasert forutsetter at vi tar stilling til våre teoretiske kunnskaper, praktisk kunnskaper og brukers kunnskaper. siden oppgaven er ut i fra sykepleiers perspektiv, er vi bevisst på at brukers kunnskaper er tatt hensyn til i mindre grad.

2.1 Litteraturstudie

I søket etter aktuell forskning og litteratur har vi støttet oss til boken «Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere» av Nordtvedt et al (2007) for å strukturere søkeprosessen vår.

Vi startet søket etter forskning til oppgaven med å utarbeide ett PICO skjema (se vedlegg 1), her satte vi opp søkbare spørsmål til tematikken vi har valgt å fokusere på, samt utarbeidet noen søkeord ut i fra spørsmålene. Søkeordene tok vi med oss videre til Svemed + for å utvide antallet termer i form av synonymer til både engelske og norske ord. Vi utførte våre søk med følgende norske termer: Skjerming, tilbakeholdenhet, beherskelse, demens, tvang, sykehjem, holdninger, frontallapspdemens og hygiene. Vi brukte også følgende engelske termer for å

lokalisere internasjonal forskning: Seclusion, dementia/ward,geriatric/ward, restraints, nursing home, health services for aged, quality of life, difficult behavior, frontal lobe dementia, communication, nursing, paternalism og force.

Derne tok vi til slutt med oss disse søkeordene til ulike databaser hvor vi kombinerte dem. Gjennom søkene våre fikk vi opp flere artikler som ikke var aktuelle for vår oppgave, men de ga oss tips til flere termer som vi kunne ta med oss videre til neste søk, i tillegg hjalp det oss til å komme inn på søkeord som var mer rettet mot vår tematikk.

Søket vårt var begrenset til at artiklene skulle være full tekst, og ikke eldre enn 2002.

Detaljert oversikt over søkehistorie etter forskningsartikler som er anvendt i oppgaven, med søkeord, databaser og beskrivelse av artiklene ligger med som vedlegg (2 og 3)

2.2 Utvalgt litteratur

I oppgaven har vi anvendt 4 forskningsartikler, samt 1 fagartikkel. Disse ligger som vedlegg.

Artikkel 1 er en forskningsartikkel skrevet av Øyvind Kirkvold og ble utgitt i Tidsskrift for den norske legeforening i 2005 (se vedlegg 3). Vi er oppmerksom på at artikkelen er blitt utgitt i en tidsskrift for leger, men vi vet at Kirkvold er sykepleier selv, samtidig som artikkelen har fokuset rettet mot sykepleier, vi anser den derfor som relevant for vår oppgave.

Artikkel 2 er en forskningsartikkel skrevet av Marit H. Hem, Elisabeth Gjerberg og Reidar pedersen, og er utgitt i tidsskriftet sykepleien forskning i 2010 (se vedlegg 3). Vi vet at det helst sees at vi anvender mer internasjonale tidsskrifter og databaser, men dette var en artikkel som er sykepleierfokusert, og tar opp nøyaktig det temaet vi har for oppgaven, og vi har derfor valgt å referere til den.

Artikkel 3 er en forskningsartikkel skrevet av Görel Hansebro og Monka Kihlgren, og er utgitt i Journal of clinical nursing 2002 (Se vedlegg 3). Vi ser at den begynner å bli noen år gammel, men artikkelen tar opp temaer som vi opplever som relevante for å kunne besvare problemstillingen.

Artikkel 4 er en forskningsartikkel skrevet av May- Karin Rognstad og Dagfinn Nåden og er utgitt i Nordisk sykepleje forskning i 2011 (Se vedlegg 3) vi valgte å ta med denne artikkelen fordi den tar opp at det er blitt mer fokus på å heve kunnskapsnivået blant sykepleiere for å få til en bedre samhandling med pasientene for å unngå å bruke tvang, dette er også mye av fokuset vår i oppgaven.

Artikkel 5 er en fagartikkel skrevet av Rolf Bang Olsen, og er utgitt i den nordiske tidskriften Demens i 2006 (Se vedlegg 3) Vi valgte å ta med denne fagartikkelen fordi vil opplevde at vi behøvde mer informasjon om lidelsen enn det som sto i pensumbøkene.

I vedlegg 2 vil vi gjøre rede for innholdet i de ulike artiklene

2.3 Kildekritikk

Selve begrepet kildekritikk handler om å avgjøre om den informasjonen man oppsøker er troverdige eller ikke. Det handler også om å kunne reflektere over relevans og gyldighet i forhold til tema og avgrensninger som er gjort (Dalland, 2007).

Siden denne oppgaven er et litteraturstudie som baseres på eksisterende litterære kilder er det vesentlig for oppgavens troverdighet å vektlegge kildekritikk i søket, både i forhold til pensum og forskning. I denne form for studie er det derfor viktig å være bevisst og tydelig på hvorfor man velger de kildene man har valgt og hvordan man velger dem. Derfor har vi også kommet med en begrunnelse for hvorfor vi mener at de artiklene som er benyttet er relevante i forhold til å besvare problemstillingen under avsnittet om utvalgt litteratur (ibid.).

I forhold til vår oppgave har vi basert mye av den på pensumlitteratur. Disse kildene anser vi som troverdige siden de er sykepleiefokuserte og vurdert av skolen. Allikevel måtte utvalget skje med et kritisk blikk. Tematikken demens har blitt skrevet om i flere tiår, og fler av bøkene begynner å eldes. Vi har blant annet benyttet bøker fra 90'tallet. vi er klar over at dette begynner å bli foreldet, men vi har allikevel valgt å referere til bøkene, da de tar opp vårt tema, og det var problemer med å opparbeide litteratur av nyere dato. På grunn av dette har det vært viktig for oss å oppsøke flere bøker som tar opp samme tema for å klargjøre om de utsagnene som går igjen i flere kilder. I forhold til troverdigheten har vi så langt det har vært mulig for oss, oppsøkt primærkildene dersom en forfatter har referert til en annen kilde i

sin bok. Grunnen til dette er at det er en svakhet ved sekundære kilder, da dette er en gjengiving eller tolkning av en annen forfatters tekst. Dette betyr at forfatteren i sekundærkilden kan ha en annen oppfatning eller er kritisk til primærforfatteren. Vi ser allikevel en svakhet ved dette da vi selv kan mistolke primærkilden. Dette oppdaget vi spesielt i forhold til å bruke Kari Martinsen som primærkilde, tekstene er komplisert skrevet og det var vanskelig å oppfatte poengene. Vi valgte derfor allikevel å gå til sekundærkilden da vi opplevde disse som mer troverdige enn vår egen fortolkning. Dette gjelder også i forhold til den engelske artikkelen vi har benyttet, vi har ikke anvendt noen form for oversettelsesprogram, kun ordbok. Dette gir oppgaven en svakhet i den forstand at vi kan ha tolket artikkelens budskap feil (Kunnskapssenteret, 2011).

For å opparbeide oss relevante og troverdige artikler var vi bevisst på å benytte seriøse databaser, og da ut i fra de som skolens bibliotek har lagt ut på sin hjemmeside. Utfordringen vi møtte her var at de søkeordene vi benyttet ga mange ulike treff, og svært få var relevante i forhold til problemstillingen. Vi måtte derfor avklare hvilke kriterier artiklene skulle innfri for å begrense utvalget. De måtte omtale det aktuelle temaet, de måtte være sykepleierfokuserte og være av nyere dato (Se litr.stud) Artiklene vi har tatt for oss har vi i tillegg vurdert gjennom Kunnskapssenteret i forhold til om de oppfyller de kriteriene de har satt opp for forskningsartikler (ibid.).

Vi har anvendt et studiehefte fra fagforbundet i oppgaven. Selv om fagforbundet er en seriøs organisasjon, er heftet beregnet på alle yrkesgrupper innen for helse -og sosial sektoren, i tillegg er det uvisst om forfatteren har noen tilknytning til sykepleiefaget. Det har oppstått litt problemer med å opparbeide litteratur på enkelte områder i oppgaven, derfor har vi allikevel valgt å ta med studieheftet, selv om det er med på å senke oppgavens troverdighet.

3.0 Frontallaspsdemens (FLD)

NN har en sykdom som fører til personlighetsendringer, vi vil i dette kapittelet utdype disse.

Frontallappene omfatter fremre del av storehjernen og tar for seg å koordinere impulser, samvittighet, skyldfølelse, hemninger, refleksjon og følelser. Tatt dette i betraktning er det logisk å tenke seg at skader i dette området fører til en personlighetsendring som ble beskrevet innledningsvis. I tillegg vil skader i dette område medføre at vedkommende mister evnen til å kunne reflektere over sine egne handlinger og konsekvenser, de blir impulspreget og ukritiske til egen oppførsel, utseende og hygiene. Dette betyr at handlingen utføres uten et overveid grunnlag for valg av handling (Snoek & Engerdal, 2008).

Sykdommen vil også kunne føre til at NN blir tilbaketrukket, og initiativløsheten hennes vil ha behov for at andre ”setter henne i gang”, men dette må ikke forveksles med at hun mangler mestringsevne. Disse kan hun fremdeles ha intakt, men hun har lengre latens tid i forhold til å kunne forstå beskjeder og utføre handlinger. Hennes evne til å løse problemer og oppgaver vil i tillegg være tydelig svekket. Dette medfører at hun har behov for å få god til på seg, og få tydelige instruksjoner (Olsen, 2006).

3.1 Nødvendigheten av et godt stell

I følge Orem er begrepet egenomsorgsbehov individets egne evner og fri vilje til å utføre ulike handlinger for å kunne leve og overleve som menneske. Disse behovene er systematisert i åtte kategorier i følge Orem (Cavanagh, 1999).

Ett av de åtte egenomsorgsbehovene omfatter å ivareta den personlige hygien med hensikt å forebygge farer for menneskelig liv, funksjon og velvære, skriver Orem (ibid.). Velvære er et essensielt ord i denne sammenheng. Fra NN's side handler ivaretagelse av hygien om å kjenne seg vell, like mye som å være ren. Selv om NN's sykdom har ført til at hun ikke lengre er kritisk til egen kroppspleie og utseende betyr ikke det at hun ikke vil kjenne velvære eller har behov for det. Hem, et al. (2010) peker på at i flere tilfeller har pasienter motsatt seg hjelp til stell, men opplevde glede og velvære allikevel i ettertid. Videre hevder Kristoffersen (2005) at stell av kroppen kan medvirke til både fysisk og psykisk velvære, man oppmuntrer på en måte sin egen kropp, og man kan oppleve å bli mer avslappet.

3.2 Pasientens opplevelse

NN har en lidelse som gjør at hun har behov for hjelp med kroppspleien. Dette medfører en fysisk intimitet, hvor NN i tillegg må blottlegge kroppen sin. I vår tid blir nakenhet og kropp assosiert med seksualitet og intimitet. Å måtte ulevere sin egen kropp vil kunne oppleves ubehagelig og unaturlig ovenfor mennesker man ikke kjenner. Allikevel må NN bli berørt og avkledd på en måte som ikke ville vært akseptert utenfor en slik situasjon når hun skal få hjelp i stellet (Kristoffersen, 2005).

I forhold til sin lidelse kan det være at NN ikke har de forutsetninger til å kunne forstå hensikten med stellet eller at det er i hennes interesse for velvære. Å bli avkledd av en annen person uten å forstå hensikten kan derfor oppleves som skremmende, og medvirke til en motarbeidende oppførsel. Når en annen person kommer innenfor ens egne intimgrenser uten å ha invitert til det selv, kan mye av grunnen til at ”vanskelig adferd” fra pasientens side oppstår i nettopp stellesituasjonen (Skarstein, 1994).

3.3 Pasientens rettigheter

Pasientens rettigheter er nedfelt i pasientrettighetsloven og i loven om helse- og omsorgstjenester. ”Lovens formål er å bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste, og ivareta respekten for den enkeltes pasients liv, integritet og menneskeverd” (Pasient- brukerrettighetsloven, 2008). Pasientrettighetsloven og har til hensikt å ivareta retten til nødvendig helsehjelp, rett til medvirkning og informasjon, og rett til å samtykke om helsehjelp. Kommunehelsetjenesteloven gir rett til helsehjelp i den kommunen vedkommende befinner seg i (Slettebø, 2008). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003)* gir klare bestemmelser som sørger for at pasienten får tilfredstilt grunnleggende behov som å oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i tjenestetilbudet, å få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner. Ikke minst skal det være et tilbud som er tilrettelagt personer med demens og andre som selv har vansker med å uttrykke sine behov. Eldre mennesker er som du og jeg, vi har våre vaner, uvaner og levesett som skal respekteres så langt som mulig (Slettebø, 2008).

Hensikten med reglene i pasientrettighetene 4A (2008) er å ”yte helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt å forebygge og begrense bruk av tvang” samtidig står det under i samme paragrafen at ” helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett” (Pasient- brukerrettighetsloven, 2008).

Pasientrettighetsloven regulerer forholdet mellom helsetjenesten og pasienten, og setter lys på pasientens behov og rett til medbestemmelse. Den lovfester en rekke rettigheter som helsevirksomhetene og tjenesteyterne har plikt til å imøtekomme, som rett til helsehjelp, rett til medvirkning og informasjon, samtykke til helsehjelp (Slettebø, 2008).

4.0 sykepleie til pasienter som ikke vil stelle seg

I dette kapitlet vil vi se på hvordan sykepleier kan samhandle med NN uten at stellet utføres med tvang.

4.1 Sykepleierrollen

I rammeplanen for sykepleierutdanning står det;

Formålet med sykepleierutdanningen er å utdanne yrkesutøvere som er kvalifisert for sykepleierfaglig arbeid i alle ledd av helsetjenesten, i og utenfor institusjoner. Pleie, omsorg og behandling utgjør hjørnesteinene i sykepleierens kompetanse. Sykepleieren forholder seg til pleie og kontinuerlig omsorg for den syke ut fra hvordan det erfarer å være syk, og ut fra kunnskap om den enkelte sykdommers årsak, diagnostikk og prognose.

(Kunnskapsdepartementet, 2008, s.4).

På grunn av sin demenslidelse er ikke NN lengre i stand til å kunne se sitt behov for å ivareta hygien. Hun har derfor et behov for kontinuerlig pleie og omsorg, og er derfor også sykepleie.

FLD medfører at NN's evner og ressurser til å kunne utføre handlingene som forebygger farer for menneskelig liv, funksjon og velvære blir svekket sier Orem (Cavanagh, 1999). Ut i fra rammeplanen (2008) og Orem's teori, er sykepleiers rolle i denne situasjon å gå inn og bistå NN for å kunne dekke behovene eller sørge for å ivareta dem (Kunnskapsdepartementet, 2008, s.4). Fra sykepleiers perspektiv er det viktig å bistå og hjelpe NN med å ivareta dette behovet fordi god personlig hygiene sørger for å kvitte seg med svette, dødt vev, og annen skitt som er med på å danne grobunn for mikroorganismer. Huden er en beskyttende barriere for kroppen mot disse mikrobene. For å opprettholde en hel og frisk hud er vask og god hudpleie nødvendig. Altså må hygien ivaretas for å forebygge infeksjonsfarer hos pasienten (Stordalen, 2009).

4.2 Samhandling

Å utføre stellet på en måte som ivaretar integritet, kan i mange tilfeller være en utfordring. Desto større hjelpebehovet er, desto mer kompleks vil stellet bli. I sykepleierrollen har ferdigheter en omsorgsdimensjon. En må utføre handlinger på en måte som gjenspeiler respekt og omtanke for den personen det gjelder. Eldre som har problemer med å kommunisere og uttrykke seg verbalt stiller store krav til sykepleierens evne til innlevelse, kommunikasjon og samhandling. Det er viktig å være bevisst på at stell ikke bare er infeksjonsforebyggende tiltak, da et slikt syn lett kan føre til at mennesket blir et objekt for sykepleierens handlinger. En slik forståelse kan prege stellet og føre til et uheldig handlingsmønster. Å se kroppen som et objekt kan være utgangspunktet for sykepleierens aktivitet, men det er viktig å huske på og engasjere seg i pasientens opplevelser og reaksjoner. Hvis dette blir tatt hensyn til kan man bruke synet som objekt, men også som uttrykk for pasientens opplevelse og identitet. Stellet kan da bli utført slik at pasienten blir ivaretatt både som kropp og som person (Brodtkorb, 2008).

4.3 Tillitskapende tiltak

I pasientrettighetsloven §4-A kommer det frem at vedtak om tvang kan utføres først *etter* at tillitskapende tiltak er forsøkt. Dette kan tolkes dit hen at vi som sykepleiere er lovpålagt dette tiltaket i samhandling med NN (Pasient- brukerrettighetsloven, 2008).

Det ligger i ordet at dette er et tiltak som handler om å etablere relasjon og samhørighet mellom sykepleier og pasient som bygger på tillit. Hensikten med tiltaket er å fremme samhandlingen og prøve å få NN til å forstå at det er i hennes interesse å motta helsehjelp (Johnsen & Smebye, 2008).

God tid, tålmodighet og evnen til å kunne se ann og utnytte de ”gode øyeblikkene hos NN, samt vise sensitiv tilstedeværelse er sentrale kjennetegn tillitskapende tiltak. Prosessen og dynamikken bør vies oppmerksomhet. En kan ikke samhandle utelukkende på standardkunnskap, en må også kunne møte den andre sansende og nært. Det er da viktig med en individuell tilnærming. Det forutsetter at sykepleieren kjenner den gamle både som den personen som de er nå og som den personen de engang var. Hva slags vaner eller rutiner har pasienten hatt i livet sitt, med tanke på personlig hygiene og påkledning? Det å kunne være

oppmerksom på detaljer i det daglige stellet og føre dette videre kan sykepleieren hjelpe den gamle pasienten til å oppretholde en følelse av identitet, sammenheng og mening. (ibid.).

4.4 Kommunikasjon

Innen for det tillitskapende tiltaket spiller kommunikasjon en viktig rolle, både gjennom det vi sier og det vi uttrykker gjennom kroppsspråket, fordi dette avspeiler våre holdninger. NN kan ha problemer med å forstå innholdet i ordene våre, men kan ofte forstå stemmeleiet, mimikken og kroppsspråket vårt. Tydelig kommunikasjon med korte og konsise setninger og med hjelp av et tydelig kroppsspråk profitterer pasienten på, dermed kan misforståelser reduseres i størst mulig grad. Ut i fra dette er det viktig at sykepleiere tar hensyn og innleder en samtalen med å tiltrekke NN's oppmerksomhet, og observere om hun forstår og oppfatter det vi ønsker å formidle. Manglende forståelse bidrar til angst og kan føre til redsel og i verste fall utagering. En god stabil relasjon og kontinuitet i møte med pasienten er betydningsfullt for en god og tillitsfull kommunikasjon (Kristoffersen, 2005).

Kunsten å kommunisere handler om å skape mening sammen, for å kunne gjøre nettopp det med NN, må sykepleier se verden fra hennes side og vise interesse for den. Kunsten er å løse den andres koder, det er det som kan åpne opp for livsgleden i den andres bevissthet, det å finne en vei inn til den andres engasjement, gjerne noe som er knyttet til minner og reminisenser fra et tidligere liv, før sykdommen (Eide & Eide, 2010). Ved at sykepleier kan hjelpe NN med å erindre hyggelige minner kan hun bruke dette til å skape en positiv atmosfære under stellet.

Respekt er også viktig i forhold til pasientens følelser. NN kan ha like gode grunner som folk flest for å uttrykke sinne, fortvilelse, redsel eller det å være nedstemt. Det er viktig at sykepleierne tar dette på alvor. Det å vise respekt for NN innebærer å observere og lytte godt, slik at man er i stand til å oppdage hvordan NN faktisk har det, speile følelser og vise forståelse, å vise at man ser den andre, er minst like viktig for NN. Denne formen for tilbakemelding er bekreftende, styrker selvfølelsen og hjelper NN til å være i kontakt med seg selv og stimulerer til så god funksjon som mulig (ibid.).

4.5 Miljøbehandling

Miljøbehandling defineres slik:

”Miljøbehandlingens hovedmål er å forhindre og avlede vanskelige og vonde situasjoner. skal ta utgangspunkt i pasientens ressurser og hans/hennes spesielle problemer. Dette kan gjøres ved å:

- Forbygge og hindre problematferd
- .Legge til rette/stimulere for atferd/samhandling som gir mestrings- opplevelser framfor opplevelsen av nederlag” (Simonsen, 2008).

Pleie og omsorg for pasienter med FLD har behov for spesiell tilrettelegging, miljøbehandling er derfor et egnet tiltak ovenfor denne pasientgruppen (ibid.).

Aggresjonen som NN uttrykker kan være en respons på de problemer hun kan oppleve i samhandling med miljøet og omgivelsene i forhold til aktiviteter og gjøremål. Formålet med miljøarbeid er derfor å målrettet jobbe mot muligheter for endring av NN's adferd gjennom samarbeide mellom NN og miljøet, hvor sykepleier systematiserer og tilrettelegger miljøbetingelsene for å gi NN best mulig livssituasjon gjennom å skape trygghet og forutsigbarehet for NN i hverdagen (Witsø & Teksum, 1998).

For at sykepleier skal kunne jobbe målrettet mot en adferdsendring hos NN er det viktig å kartlegge når den utagerende adferden oppstår, og hva som trigger den. Sykepleier må også være bevisst på å samle inn data om NN, både som menneske og pasient. Tidligere personlighet og adferd hos personer med demens kan ha en sammenheng, kjennskap til NN's tidligere liv og personlighet er derfor betydningsfullt for å kunne forstå hennes adferd (ibid.). I samhandling med NN er det derfor også viktig at sykepleier spør seg selv hva som skjedde når stellesituasjonen opplevdes positiv og hvorfor det i andre tilfeller ble negativt, for dernest å bruke disse kunnskapene i forkant av andre situasjoner (Simonsen, 2008).

Tiltak i miljøarbeidet som vil være aktuelle i NN's situasjon kan være å sette opp faste rutiner og aktiviteter for NN, dette skaper forutsigbarehet og trygghet. Sykepleier bør begrense valgmulighetene så mye som mulig, om ikke helt så i hvert fall att NN kun har ett valg å forholde seg til om gangen. Dette hindrer forvirring og tap av mestring hos NN. Ett siste tiltak kan være grensesetting. Med dette menes at sykepleiere hindrer personen i å skade seg selv eller andre. Dette kan omfatte skjerming for andre inntrykk, avledning og at sykepleier klart og tydelig sier hva som er akseptabel adferd (ibid.).

Grensesetting kan være med på å skape struktur og trygghet for NN, men det forutsetter at det er klart og tydelig hva som skal gjøres og hvorfor. Rutinene må utføres fast og bestemt og av alle i personalgruppen og alle må forholde seg likt til NN for at tiltaket skal ha ønsket effekt (ibid.).

4.6 Sykepleier-pasient fellesskapet

Jan Kåre hummelvoll (2004) sier om sykepleier-pasient fellesskapet:

Det terapeutiske forhold som dannes som følge av pasientens behov for hjelp, og sykepleierens svar på dette. Denne alliansen preges av et opplevelses- og arbeidsfellesskap som har til hensikt å gi pasienten økt selvinnsikt og situasjonsforståelse og gjennom dette bidra til at pasienten i størst mulig grad blir i stand til å bearbeide og løse sitt helseproblem (eventuelt å leve med det). For at dette skal skje, er det vesentlig at sykepleieren makter å variere mellom nærhet og avstand- støtte og utfordring (s. 41).

Ut i fra tillitskapende tiltak ser vi at relasjon mellom sykepleier og NN er essensielt for samhandlingen. I Hummelvolls definisjon ser vi at et slikt samspill og samarbeid gjør det mulig å utforme en sykepleierpraksis som tar utgangspunkt i pasientens perspektiv og ønskemål (ibid.).

Likeverdighet innebærer at et helhetlig jeg møter et helhetlig du. For sykepleieren bidrar dette til at man ser pasienten og fra pasientens forestilte verden og hvordan situasjonen oppleves. Det får den konsekvens at sykepleieren, med eller uten ord, danner et bilde av seg selv- og dermed kommer til syne som person. Man kan ikke forestille seg en realisering av likeverdighet uten at man arbeider frem en ekte gjensidig respekt for hverandres integritet. (ibid.).

Møte med det andre mennesket er viktig. Som sykepleier må vi passe på å ikke generalisere disse møtene. Møte med et annet menneske er spesielt og unikt, og er av en enestående form, siden vi i vår profesjon opplever så mange møter med mennesker gjennom en uke, en måned, ett år, er det viktig å være var for å ikke opptre ufølsomt. Empati og forståelse er viktige egenskaper å bruke i møte med det andre mennesket. Kunsten er å kunne se seg selv og

virkingen av sin egen væremåte, fra det andre menneskets synsvinkel. Det handler om å nærme seg NN's selvforståelse og hennes opplevelse av verden. Å lytte er en forutsetning for å kunne nå inn til NN's selvoppfatning og til hennes problem. Kunsten å lytte er en aktiv tilstand preget av konsentrert nærvær. Nærværenhet må forstås som evnen til å være tilstede på en genuin måte. Dette gir mulighet til opplevelse av et jeg-du-forhold som kan danne grunnlaget for et reelt møte mellom sykepleier og pasient. Det betyr å være åpen for ulike måter som NN forsøker å gjøre seg forstått på, verbalt eller nonverbalt. Møtet vil inneholde flere aktuelle dimensjoner. En grunntone av vennskapelighet og dessuten virkelig interesse for å forstå den andre. Et reelt møte vil dermed bli eksistensielt betydningsfullt for begge parter. Skal dette føre til noe av betydning er det avhengig av at det dannes på grunnlag av gjensidig tillit og åpenhet. En-til-en relasjon vil være vesentlig, å skape en allianse med NN kan bli betydningsfullt i den forstand at den kan mildne ensomhet, hjelpsløshet og isolasjon som mange mennesker kjenner. Bidra til å skape god atmosfære i trygge rammer vil være en av sykepleierens hovedoppgave (ibid.).

4.7 Kari Martinsens omsorgsteori

NN har en lidelse som gjør at hun ikke lengre kan ivareta sine grunnleggende behov i forhold til hygiene og velvære. Ut i fra dette velger vi å begrunne hennes behov for sykepleie ut i fra Kari Martinsens Omsorgsteori.

”Omsorgens og sykepleiers grunnlag er solidariteten med den svake” hevder Martinsen (Kristoffersen, 2005). Videre vektlegger hun betydningen av at sykepleier arbeider etter godhet og en vilje til å gjøre det beste for pasienten etter de gamle omsorgstradisjonene hvor omsorgen er målet i seg selv.

Martinsen stiller seg kritisk til sykepleiens utvikling i hennes bok *”pleie uten omsorg?”* fra 1979, her hevder hun at omsorgsarbeidet ikke kan viteskapliggjøres. Dette har blitt sett på som teorifientlighet, men Martinsen benekter dette, i boken legger hun frem at undervisning og opplæring er viktig, men at kunnskapene og ferdighetene sykepleieren må erverve, må ta utgangspunkt i det praktiske arbeidet, og at behovet for teorien og vitenskapen må gå ut i fra denne. Hun hevder at den viktigste kilden til å kunne lære og reflektere over praksis er i selve

praksis og at en god sykepleier vektlegger de praktiske kunnskapene sine for å kunne yte god omsorg og for å kunne gjøre det beste for pasienten. Denne påstanden kommer hun med fordi hun mener at selve *omsorgen* er det viktigste begrepet sykepleie må baseres på (Martinsen, 1979).

Omsorg er selve kjærnebegrepet i Martinsens teori, og kalles derfor også omsorgsteori. I denne teorien definerer hun omsorg som en fundamental kvalitet som er iboende i oss mennesker, og derfor også noe grunnleggende for sykepleier og utøvelse av profesjonen sykepleie. Mennesket er et sosialt individ som også gjør at vi er avhengig av hverandre for å kunne fungere. Omsorg er derfor et resultat av denne avhengigheten, men at den også innebærer et maktforhold som fordeles mellom sykepleier og pasient. Sykepleierens rolle i forhold til omsorg omtaler Martinsen som en generalisert gjensidighet, med dette menes at sykepleieren sørger for den andre, uten å forvente noe tilbake (Kristoffersen, 2005).

At sykepleieren handler etter det som gagnar pasienten vektlegger Martinsen i sin teori, og at omsorgen må baseres på denne tanken. Hun tar derfor opp begrepet ”utarting av omsorgen” hvor hun har gått ut i fra Løgstrups filosofi. Med dette begrepet mener Martinsen og Løgstrup at det skjer en likegyldighet eller ettergivenhet som i praksis kan oppleves som at sykepleieren ikke imøtekommer pasientens fordringer og resulterer i at sykepleier respekterer pasientens rett til selvbestemmelse og autonomi. Konsekvensen av dette hevder Martinsen kan føre til svikt i omsorgen, hvor hun videre i teorien støtter prinsippet om svak paternalisme og at sykepleieren må jobbe for å unngå at utarting skjer. For å hindre dette i omsorgen er relasjonen mellom sykepleier og pasient avhengig av at det er en autoritetsstruktur. Og det er nettopp her maktforholdet mellom sykepleier og pasient ligger. Ved at sykepleieren i kraft av å være en fagperson med fagkunnskaper som pasienten ikke har må hun/han tre inn i sykepleierrollen med en faderlig holdning for å kunne handle etter det beste for pasienten. For å kunne handle faglig forsvarlig hevder Martinsen selv at svak paternalisme må heves over autonomiprinsippet i de situasjoner hvor sykepleier opplever at det er til det beste for pasienten (Martinsen, 1990).

4.8 Menneskesyn og holdninger i demensomsorgen.

Innledningsvis trakk vi frem ett utsagn fra en artikkel som pekte på at grunnen til at pasienter med FLD motsetter seg hjelp like gjerne kan skyldes *måten* handlingen blir gjort på fremfor selve handlingen. Hvis vi tar utgangspunkt i dette utsagnet betyr det at *hvordan* vi som sykepleiere handler i situasjonen i forhold til NN, kan dette være med på å bestemme utfallet av situasjonen. Da må vi også se på *hva* som former handlingene våre, og her stiller vårt menneskesyn en sentral rolle. I følge Hummelvoll (2004) bestemmes hvordan vi ser på mennesket og det menneskelige ut i fra våre erfaringer, oppdragelse og faglige kunnskap. Disse tre faktorene utgjør menneskesynet vårt, og er derfor med på å lede hvordan vi handler og omgås med andre mennesker i bestemte situasjoner.

Holdninger er en faktor som former menneskesynet. Dette er et begrep som defineres som en lært reaksjon på en situasjon eller ett objekt, og består av tre komponenter: Tankekomponent, følelseskomponent og adferdskomponent. Om tankene til sykepleieren er nøytrale, positive eller negative om pasienter med FLD utgjør dette tankekomponenten, om situasjoner med denne pasientgruppen utløser aggresjon, maktesløshet, glede eller irritasjon omfatter følelseskomponenten. Disse to komponentene er med på å styre hvilket utfall adferdskomponenten får i handlingene våre. Hvordan vi tenker, føler og handler i forhold til et fenomen eller situasjon utgjør altså holdningene våre. Holdningsbegrepet har likhetstrekk ved begrepet menneskesyn, men for å skille mellom menneskesyn og holdning kan det forklares ved at; menneskesynet vårt *avgjør* handlingen, og våre holdninger kommer til uttrykk *gjennom* handlingen (ibid.).

5.0 Sykepleie uten tvang

Vi har i teorikapittelet lagt frem forskning som viser at den utløsende årsaken til at det blir utøvet tvang ovenfor pasienter med FLD ofte kan ligge mer hos sykepleierens kompetanse og holdninger enn hos pasienten selv, og at det er sykepleierens kunnskapsnivå som må heves for å forebygge utøvelse av tvang (Kirkvold, 2005).

I dette drøftingskapittelet vil vi prøve å finne svar på hvordan kan sykepleieren unngå tvang i forbindelse med ivaretagelse av den personlige hygien

5.1 Hvordan sykepleiers fremgangsmåte kan påvirke situasjonen

I teorien har vi begrunnet hvorfor NN har behov for sykepleie i stellesituasjon. Hvordan denne pleien kan utføres avhenger av hvilket syn sykepleier har på sin rolle og sitt yrke i forhold til stellet. Både Martinsen, Orem og Rammepleanen for sykepleierutdannelsen har sine oppfatninger om hvordan sykepleier kan gå frem og bistå NN i stellet.

”Sykepleie utøves med utgangspunkt i en forståelse for hva pasienten trenger, og forutsetter at sykepleier engasjerer seg i hans situasjon” hevder Martinsen (Kristoffersen, 2005).

Dersom sykepleier tar utgangspunkt i å gjennomføre stellet etter dette prinsippet ser sykepleier at hun/han må handle ut i fra sin faglige merforståelse i møte med NN, fordi NN selv ikke lengre er i stand til å se sine behov for hygiene. Sykepleier tar altså ansvar for å ivareta NN’s hygiene fordi det er av hennes interesse, hvorpå sykepleier må møte NN med en paternalistisk holdning (ibid.).

Martinsen (2003) hevder videre at sykepleier skal ” ta ansvar for den svake”. Med dette mener hun at sykepleier må gå inn og utøve pleie og omsorg for å opprettholde de menneskelige funksjonene, men at selvhjulpenhet ikke en del av målet med omsorgen. Dersom sykepleier tar utgangspunkt i dette i møte med NN vil hun sørge for å opprettholde hygien. På en side ser vi at sykepleier utfyller sin rolle og hensikten med omsorgen, på en annen side ser vi også at sykepleier ikke tar hensyn til at NN har større behov for kommunikasjon og veiledning for å kunne klare det selv, og vil derfor heller ikke benytte hennes ressurser og evner. Selv om paternalisme kan forsvares som et behov NN har i forhold til sin lidelse, er dette en holdning

som danner lite grunnlag for samarbeid og relasjon mellom NN og sykepleier i stellesituasjonen fordi det skjer en skjev maktfordeling.

Resultatet kan bli at stellet blir gjennomført, men uten grunnlag for samarbeid og utvikling mot at NN vil kunne delta mer selv ved neste stell fordi hun fremdeles ikke forstår hvorfor.

Å handle ut i fra å ville gjøre det godt i forhold til det som er til det beste for NN er en god tanke, men som vi har sett på i teorien kan *måten* sykepleier velger å gå fram heller være grunnen til at pasienten motsetter seg (Hem, et al. 2010).

Selv om sykepleier engasjerer seg i NN's situasjon, kan faren ved paternalisme være at hun engasjerer seg i det hun/han selv opplever som viktig med stellet uten å inkludere NN. Ett resultat av dette som vi har sett på i teorien kan være at NN motsetter seg ytterligere fordi hun ikke får muligheten til å forstå hva som skal gjøres og hvorfor. I tillegg kan det utvikles en ond sirkel i ut i fra dette. Selv om det er til NN's beste og faglig forsvarlig i forhold til å forebygge infeksjonsfare vil det å løse situasjonen med makt kunne føre til at NN neste gang også motsetter seg hjelp fordi hun fra nå av forbinder denne sykepleieren med ubehag og frykt.

Dersom sykepleier i hovedsak kun er opptatt av stellet som en oppgave som skal gjennomføres, medfører dette at Sykepleieren hjelper pasienten gjennom stellet, enten ved å utføre de praktiske oppgavene for pasienten eller ved å presse pasienten til å utføre dem selv. Utførelsen av stellet går på den måten sykepleieren selv har planlagt. Samtidig ser vi at sykepleier går inn med en holdning som objektiviserer pasienten gjennom paternalisme. Det kan også sees som en holdning hvor sykepleier ikke er bevisst en forståelse for hvorfor NN kan motsette seg hjelp i stellet og anerkjenner det heller ikke som et uttrykk for hennes opplevelse og som en protest for hvordan ting blir utført på.

I en studie gjort ved et svensk sykehjem ble det sett på hvordan fremgangsmåten sykepleieren hadde ovenfor pasienter med demens, og hvilke konsekvenser den fikk for samarbeidet og interaksjonen. Gjennom å filme morgenstellene oppdaget Hansebo & Kihlgren (2002) ved de tilfellene med negativt utfall, hvor tvang ble utøvet, hadde sykepleier vært oppgavesentrert, ikke inkludert pasienten i oppgavene og hatt dårlig kommunikasjonteknikk hvor sykepleieren hadde hatt en jeg- det holdning ovenfor pasientene.

I motsetning til Martinsen, vektlegger Orem betydningen av at pasienten selv er en aktiv del, fordi Orem fokuserer på at målet med sykepleien er å oppnå at pasienten selv kan ivareta sine grunnleggende behov. Dersom sykepleier møter NN etter Orem's teori vil hun se ett misforhold mellom NN's egenomsorgskapasitet og de kravene som stilles for å kunne ivareta sin personlige hygiene pga sin demenslidelse. Sykepleier vil så bistå NN i stellet, men fokusere på å veilede NN slik at hun kan bli en aktiv del sammen med sykepleier. I motsetning til Martinsen som vektlegger at sykepleier tar ansvar for pasienten og anvender sin merforståelse for å gjennomføre stellet, så vektlegger Orem at et menneske- til menneske forhold må ligge til grunn for å kunne hjelpe. dette gjenspeiler det tillitskapende tiltaket som vi tidligere har vektlagt i samhandling med NN.

Hvis vi igjen ser på den svenske studien. I de tilfeller hvor sykepleierne la vekt på at pasienten hadde føringen, fulgte opp pasientens initiativ og hadde en tydelig dialog med pasienten for hva som skulle gjøres og hvorfor det var viktig gjennom å motivere uten å kommandere, ble samarbeidet bedre i følge Hansebo & Kihlgren (2002). Vi ser her betydningen av den relasjonen som Orem skriver om. Gjennom å spille på lag med NN, ivareta ressursene og utføre stellet på hennes premisser fordrer vi til at stellet skjer uten tvang. Det er allikevel en konsekvens ved å la NN ta styringen, som studien også peker på. Hennes lidelse medfører at hun blir initiativløs i forhold til de oppgaver hun blir satt til. Dersom sykepleier ikke er bevisst på dette, og legger for mye av ansvaret over på NN vil hun kunne få problemer med å gjøre oppgavene fordi hun ikke selv klarer å reflektere over hvorfor og hvordan oppgavene skal gjennomføres. Resultatet kan bli at hun forblir initiativløs. Vi ser her at paternalisme allikevel kan være en fordel, men vi ser også fra tidligere i drøftingen at stellet ikke nødvendigvis trenger å bli gjennomført kun ut i fra sykepleiers merforståelse. Sykepleier må altså møte NN's behov i forhold til å legge føringer for hvordan stellet skal gjennomføres og ta ansvar for at oppgavene blir gjennomført, men gjennom å bygge relasjon og være bevisst på hvordan man kommuniserer med NN vil stellet allikevel kunne skje på hennes premisser. Orem (Cavanagh, 1999) understreker at dersom en slik relasjon mellom sykepleieren og NN skal finne sted er det en forutsetning at sykepleier innehar kunnskaper om hvordan dette gjennomføres. I forhold til dette vektlegger Orem at sykepleie er en profesjon, og

sykepleieren må være utdannet. Med dette mener hun at sykepleien må omfatte et teoretisk grunnlag og ikke bare praksiserfarte kunnskaper. Her ser vi motstridelser mellom Orem og Martinsen, hvor Martinsen vektlegger de praksiserfarte kunnskapene fremfor de teoretiske. I følge vår egen oppfattelse av sykepleierfaget hvor det vektlegges at yrkesutøvelsen skal baseres på forskningsbaserte og teoretiske kunnskaper, ser vi mer fellestrekk ved å velge Orems prinsipper i møte med NN. Rammeplan for sykepleieutdanning sier også noe om hva som forventes av sykepleiers kunnskapsgrunnlag. Etter endt utdanning, skal sykepleier kunne gjøre følgende:

- ”Kunne lese forskningsrapporter og nyttiggjøre seg forskningsresultater i yrkesøvelsen
- kunne begrunne sine handlinger overfor brukere, andre yrkesutøvere og overfor arbeidsgivere ut fra et vitenskapsteoretisk og forskningsmetodisk syn” (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 3).

Det viser til at rammeplan, sammen med Orem vektlegger teoretiske kunnskaper i samhandling med pasienter for å kunne gi en faglig overveielse og begrunnelse for de valg og handlinger sykepleier gjør.

På en annen side ser vi det at det er mye essensielt i det Martinsen sier om å lære å jobbe praksisbasert. Det hjelper ikke med mye teoretiske kunnskaper, dersom man ikke har holdninger eller evner til å kunne bruke dem i praksis. Med dette ser vi at å kunne jobbe som en god sykepleier handler det om samspillet mellom å kunne tilegne seg og anvende kunnskaper både fra teorien og praksisen, med andre ord må teorien ligge til grunn for å kunne begrunne de valgene man tar og bruke praksisen til å kunne se disse valg og muligheter.

5.2 Glemmer vi å ta hensyn til pasientens opplevelser?

Som sykepleiere innebærer jobben vår å komme tett inn på mennesker. I forhold til stellet trer vi inn i en annen persons intimsone, vi ser ikke på en slik situasjon som noe seksuelt, det er jobbe vår. Etter hvert blir kropp og nakenhet så ”vanlig” for oss at vi kan fort glemme at det ikke er like naturlig for andre mennesker å kle seg naken som vi forventer at det skal være. Som sykepleier forventer vi også ofte at pasienten vil ha hjelp, og tar det derfor også som en selvfølge at de gjør som vi sier, selv om det innebærer å måtte kle av seg (Kristoffersen,

2005). I en situasjon hvor sykepleier går inn med en paternalistisk holdning med fokus på at stellet er en nødvendig oppgave for å ivareta hygien hos NN kan det hende at denne sykepleieren ikke tar hensyn til NN's opplevelse av stellet. Hennes evner til å se behovet for stell er redusert, men hennes opplevelse av ubehag ved å være naken ovenfor fremmede mennesker vil fremdeles være til stede. Uten forutsetningen til å kunne forstå hvorfor hun må kle av seg, og sykepleier ikke vektlegger en fremgangsmåte som fordrer til forståelse vil NN motarbeide sykepleier fordi hun opplever å måtte forsvare seg selv.

Hvis vi ser på situasjonen i motsatt tilfelle, hvor sykepleier er bevisst på hvordan handlingene oppleves for NN, vil hun/han kanskje reflektere over hvordan det er best gå frem for å bevare NN's integritet for å hindre at hun motsetter seg. For at NN skal kunne la sykepleier hjelpe henne i stellet er det en forutsetning at hun føler seg trygg og komfortabel. Dersom sykepleier velger en fremgangsmåte som legger til rette for å skape gjensidighet og tillit vil dette danne grunnlag for et godt samarbeid. Selv om dette er en ønsket løsning ser vi allikevel at det ikke er sikkert at sykepleier får hjulpet NN fra første stund, selv om hun er bevisst på relasjonskapende tiltak. Det er tid- og viljekrevende å skape den gode relasjonen med NN, det er derfor viktig at sykepleier ikke gir opp med en gang, men lar det ta den tiden det trenger på NN's premisser.

5.3 Miljøarbeid

Tidligere fokuserte man på at "vanskelig" og utagerende adferd var et resultat av demenssykdommen (Høyersten, 1994). Men gjennom teorikapitlet har vi trukket fram kilder som peker på at utageringen er en respons på sykepleierens forståelse, samhandling og menneskesyn som ikke møter og dekker NN's behov. Dette kan sees som kjernen i hensikten med miljøarbeid som tiltak, fordi tiltaket fokuserer mye på å kunne forstå personen med demens sin adferd og kartlegge hva som trigger det som oppleves som negativt, samtidig som sykepleier anerkjenner NN som et menneske med personlighet og ikke bare et resultat av sin sykdom (Simonsen, 2008).

Rognstad & Nåden (2011) hevder at etterspørselen etter kunnskaper og kompetanse har fått et større fokus innenfor demensomsorgen, og at det fokuseres mer på hvordan sykepleiere kan møte og samhandle med denne pasientgruppen for å fremme ett positivt samarbeid.

Forutsetningene for at dette skal skje, som vi har diskutert tidligere, er det nødvendig at sykepleierne har kunnskaper om pasientens behov og sykdom. Samtidig må han/hun kunne reflektere over egen fremgangsmåte og være bevisst på sine holdninger i møte med NN for å kunne handle faglig forsvarlig.

Vi ser at miljøarbeid og tillitskapende tiltak bygger på gode verdier og kan bidra til at tvang blir mindre utbredt. Allikevel har vi opplevd i vår praksis at miljøarbeid har sine utfordringer. Ved en institusjon var vi i kontakt med en pasient med FLD som nektet å dusje og vaske seg, hvorpå de ansatte utviklet en holdningsplan med rutiner for daglige gjøremål, samt skjerming og grensesetting for å endre personens adferd i stellesituasjoner. Planen var kjent for alle som jobbet ved avdelingen, og de som skulle samhandle med denne personen måtte forholde seg likt ovenfor vedkommende og følge planen og rutinene til punkt og prikke. I teorien pekte vi også på at dette er en forutsetning for at tiltaket skal ha en ønsket effekt. Selv om planen var klar opplevde vi utfordringene ved tiltaket og miljøarbeidet. Den største utfordringen i seg selv opplevde vi var å følge rutinene og planen som de var satt opp, ikke fordi det var utydelig hva som skulle gjøres, med ved en avdeling med mange ansatte som rullerer ble det vanskelig å få til at alle forholdt seg likt ovenfor pasienten. Mye av grunnen til dette var også at enkelte hadde problemer med å ”tørre” å utøve grensesetting ovenfor pasienten. Selv om FLD pasienter har et behov for grensesetting og en paternalistisk holdning opplevde flere at dette var ubehagelig å gjennomføre. Personalet ga også uttrykk for at grunnen til ubehaget var fordi de opplevde å være utrygge på egne kunnskaper om hvordan de skulle gå frem og hvordan de skulle respondere på pasientens reaksjoner. Her så vi konsekvensene av manglende kunnskaper. Når personalet ble usikre på hvordan de skulle gå frem ble resultatet at pasientens adferd fikk minimale endringer og fortsatte å motsette seg hjelp i stellet.

5.4 Pasientens rettigheter og samhandling

For det første er pasient- og brukerrettighetsloven til for pasienten, og skal sørge for at pasienten blir hørt, sett og tatt på alvor. Dette skal sikre gode helsetjenester, og skal være et vern mot krenkelser, tvang og overgrep. Hvis NN motsetter seg hjelp til personlig stell, og sykepleiernes forsøk på å hjelpe blir møtt med motstand og aggresjon, kan det føre til at hver enkel sykepleier bruker sine ulike metoder for å få gjennomført tiltak. Hva om hjelpen blir gjennomført selv om NN viser motstand? Det er da et overgrep mot NN og kan skape en stor uro og aggresjon hos henne. Dette vil gå sterkt utover tillitten som hun har til sykepleierne og føre til at neste møte med NN blir meget vanskelig for sykepleierne. Hva om sykepleierne gir opp stellet, og gjemmer seg bak lovverket? Fra tidligere praksis har vi erfart at i enkelte situasjoner blir lovverket brukt som en løsning for å unngå konfrontasjon med pasienten. Dette er en dårlig løsning som bare utsetter problemet. Tillitskapende tiltak danner grunnlag for relasjonsbygging og samhörighet. Kan man bruke tvang i dette tilfellet? Nei, og dette er lovbestemt gjennom pasient- og brukerrettighetsloven (2008) § 4-A-3. at det skal være forsøkt tillitskapende tiltak og dette skal gi grunn for å søke om vedtak for bruk av tvang i den spesifikke situasjonen. For å unngå bruken av tvang må vi gå i oss selv og bruke kunnskaper vi har. Sykepleieres kunnskapsnivå kan være ulikt, og kan dermed føre med seg variasjoner i hvordan hver enkel sykepleier håndterer situasjonen i møte med NN, og dermed kan motstanden hos pasienten ligge mer i måten ting gjøres på, enn motstand mot selve handlingen. Det kan være smart at en liten gruppe med sykepleiere har ansvaret for NN og at det opprettes en primärsykepleier, dette hjelper på å skape forutsigbarhet og rutiner. Våre erfaringer tilsier at dette kan være vanskelig da det er tre vaktskift om dagen, og sykdom kan gjøre at vikarer som ikke er så godt kjent med rutiner må tiltre på kort varsel, og slike små forandringer kan være med på å skape uro og forvirring hos NN. I rollen som sykepleiere har vi mye makt og kan ”fort” ta det for gitt at selv om våre handlinger er ment for NN`s eget beste, kan det stride mot pasientens lovbestemte rettigheter. Hummelvoll (2004) legger vekt på likeverdighet, nærhet og møte mellom mennesker som sentrale begrep i sykepleier- pasient fellesskapet. Det er viktig at sykepleiere har kunnskaper omkring dette, og kan sette seg inn i NN`s forestilte verden og danne en likeverdighet basert på gjensidig respekt. Det er viktig å møte NN med empati og forståelse for å kunne lese henne som menneske og kunne nå inn hennes selvforståelse og hvordan hun opplever stell-situasjonen. Det er viktig å tilstrebe å

forstå pasienten og være åpen for ulike måter NN kommuniserer på, dette er med på å skape et jeg-du forhold. På denne måten lærer sykepleiere seg å kjenne mennesket NN. På denne måten danner man grunnlaget for samarbeid basert på tillitskapende forhold. Faren med et syn som jeg – det, resulterer at møtet med pasienten ikke gir grunnlag for en dynamisk handling og gjensidighet, men at det blir en ren overkjørsel og en jeg-vil-du-skal holdning, dette vil kunne føre til overgrep og tap av relasjoner og vil være en negativ faktor i videre samarbeid.

5.5 Men har holdningene våre noe å si da?

Det er viktig å vise oppmerksomhet gjennom aktiv lytting og være observant på hvordan NN kommuniserer, både gjennom kroppsspråket og gjennom nonverbal og verbal kommunikasjon, dette bidrar til å nå inn til NN's selvoppfatning. Det er viktig å tilnærme seg NN på en måte der hun ikke føler seg presset eller truet til å utføre handlinger og at sykepleiere heller legger til rette slik at NN skal få styre selv og får opplevelse av trygghet innenfor de fysiske rammene hun tross alt har rundt seg. (Hem, et al. 2010). Resulterer med at etablering av tillitsfulle relasjoner er en måte å øke frivillighet og samarbeid på samtidig som bruken av tvang begrenses. Sykepleiere kan på en annen side ikke forvente at pasienten skal ha et godt tillitsforhold til alle rundt seg, men være observant omkring dette og vise oppmerksomhet og forståelse for å tilrettelegge og finne andre gode løsninger i samarbeid med personalet på avdelingen. Opplevelser i praksis har vi kjent på det at pasienter med FLD krever veldig mye tid og oppmerksomhet og dette kan oppleves tungt å gi av seg selv enkelte dager i en hverdag hvor det er mange krevende arbeidsoppgaver. Dette kan påvirke holdningene til sykepleieren og endre måten man møter NN på.

I teorien så vi på hvordan Hummelvoll (2004) beskrev holdningenes betydning. Når NN motsetter seg hjelp i stellet kan dette medføre at sykepleier opplever sinne og frustrasjon og få negative tanker om NN. Dersom hun lar disse holdningene styre seg i møte med NN kan utfallet av handlingskomponenten føre til lite samarbeid og dårlig kommunikasjon. Dette er et negativt utfall hvor man kan fremprovosere ytterligere motstand og uro hos NN.

I motsatt tilfelle, dersom sykepleier har en positiv innstilling i forhold til å samarbeide med NN vil dette lage et bedre grunnlag for god kommunikasjon og for å kunne gjennomføre stellet uten bruk av tvang. Selv om dette hadde vært det ultimate har vi allikevel opplevd at

det krever veldig mye av en selv for å kunne ha en positiv innstilling i de situasjoner hvor man har erfart at pasienter motsetter seg. Vi ser her betydningen av å ha kunnskaper om hvordan man kan samhandle med NN i stedet for å kunne forhindre at hun motsetter seg. Men vi ser også at dersom en slik endring skal skje, forutsetter det at sykepleier går inn i seg selv og blir bevisst hvilke holdninger hun har ovenfor NN og hvordan de påvirker samarbeidet.

5.6 Betydningen av relasjon

NN er var for omgivelsene og meget sensitiv på hvordan hun blir møtt på grunn av lidelsen hennes, er det da ekstra viktig å kunne fordele arbeidsoppgavene blant sykepleierne og skape gode rutiner på dagskontakter, slik at belastningen hos sykepleieren ikke går utover pasienten.

Unnlater sykepleiere å forsøke å utføre tillitskapende tiltak bryte man med det første lovverket som tilsier at dette skal være forsøkt, og for det andre er faren stor for å objektivise pasienten og se på arbeidsoppgavene som en liste som skal være gjennomgått i løpet av arbeidsdagen, dette kan bidra til mer maktmisbruk da en tyr til tvang som en løsning for å ”rekke” å gjøre sine oppgaver. Dette er uverdig for NN når det skapes et ovenfra og ned perspektiv, dette kan føre til at samhandlingen med NN blir nytteløs. I studien til Hem, et al. (2010), kommer det frem at mye godt relasjonsarbeid ligger til grunn i å få gjennomført nødvendig stell uten å møte på motstand hos pasienten. Videre peker de på viktigheten for å redusere tvang er å etablere tillitsfulle relasjoner. Og at NN`s lidelse gjør at hun trenger mer tid til tilrettelegging og tid til å forstå hva det er som skal skje. Og at man kan gjøre en forskjell ved å legge vekt på å bygge relasjoner til NN. Og dermed blir tvang redusert med at en beveger seg i en retning der NN deltar aktivt i sine handlinger, får kontroll og innehar en opplevelse av frivillighet.

5.7 Betydningen av å lære av andre

Møte med NN sier noe om menneskesynet til sykepleieren, det er viktig å ta hensyn til hva det er som former våre holdninger og handlinger, da disse gjenspeiles i menneskesynet vårt. Hummelvoll (2004) sier at faglig kunnskap og erfaringer er sentrale punkter i vårt menneskesyn, og at dette kan være lett å påvirke gjennom refleksjon og diskusjon, dette blir bekreftet av både Hem, et al. (2010) og Kirkevold (2005) som konkluderer med å utvikle bevissthet om og alternativer til tvang er det viktig med diskusjoner og engasjement vil kunne

føre til bedre team- samarbeid med større muligheter til å finne alternative tiltak som styrker kvaliteten på hjelpen som gis. Den kunnskapen som hver enkelt sitter på kan være med på å bevisstgjøre og gi sykepleierne flere strategier for å gjennomføre stell med NN. Dette kan bidra til at NN får en god hjelp i ADL og oppnår et godt samarbeid med sykepleierne, som innebærer at tvang reduseres. Fordeler med å lære av andre og i team kan være at en tilegner seg lærdom gjennom andres erfaringer, og dette er med på å skape diskusjon og engasjement. Eide & Eide (2010) sier at den beste måten å kunne forstå og tolke den enkelte, er gjennom observasjon og dialog med sykepleiere som har god kontakt med NN. Men vi ser også at det kan være forskjellige meninger blant sykepleierne noe som kan skape uenigheter. Vi ser her betydningen å diskutere i plenum, hvor man sammen blir enige om en felles plan for i forhold til å imøtekomme NN for å sikre kontinuitet og trygge og forutsigbare rammer rundt henne. Ut i fra dette ser vi ulemper med å ikke samarbeide i team. Dersom det blir ulikt i forhold til hvordan den enkelte møter NN, vil det kunne gjøre hverdagen for NN ustrukturert og kaotisk, noe som trolig ville ført til økt motstand og liten vilje til samarbeid. Dette betyr at dersom det er et mål å gjennomføre stellet sammen med NN uten å måtte tvinge henne må de ansatte ved avdelingen gå sammen om en felles fremgangsmåte for hvordan de skal møte og samhandle med NN for å opprettholde en strukturert hverdag som fordrer trygghet og samarbeid.

6.0 Konklusjon

I denne oppgaven har vi prøvd å finne svar på hvordan sykepleier kan ivareta den personlige hygien til NN uten å måtte tvinge henne. For å finne svar på dette har vi også måttet se på *hva* som fører til at tvang blir utøvet når pasientene motsetter seg. Vi har her kommer frem til at tvang er et svar på for lite kunnskap blant sykepleiere. Samtidig har vi også kommet fram til mangel på kunnskaper er også grunnen i seg selv til at pasientene motsetter seg hjelp i stell. Dersom NN motsetter seg hjelp i stellet, er ikke det nødvendigvis motstand mot selve handlingen, men *måten* den blir utført på. Dette betyr at sykepleiers fremgangsmåte, kommunikasjonsteknikk og holdninger i møte med NN spiller en avgjørende rolle for om stellet utføres frivillig. Dersom dette skal være tilfelle ser vi at endringene må skje i forhold til heving av kompetansenivå gjennom økt kunnskap hos den enkelte sykepleier. Kunnskapene må dannes på ett grunnlag av praktiske og teoretiske kunnskaper slik at sykepleier kan handle faglig forsvarlig og føle seg trygg på seg selv i møte med pasienten og trygg på hvordan situasjonen kan løses og tilrettelegge for bedre samarbeid. Vi har også kommet frem til at det å kunne lære av andre og jobbe i team om oppgavene vil føre til økt diskusjon i forhold til ulike fremgangsmåter ovenfor pasientene, hvor dette også kan bidra til reduksjon av bruk av tvang.

Personalets kunnskap, erfaringer og måter å håndtere situasjoner på, kan være med på å bevisstgjøre og gi Sykepleierne mer kunnskap og strategier for å gjennomføre krevende pleieoppgaver og den kan bidra til å iverksette tiltak som styrker kvaliteten på omsorgen, som på sikt kan redusere bruken av tvang. Dette vil da være en stor fordel å heve kunnskapene da dette gjenspeiler vårt møte med NN som er særdeles var og sensitiv, som trenger den riktige støtte og omsorg. Det er viktig at sykepleieren gjennom sykepleier-pasient fellesskapet oppfordrer til et helhetlig jeg møter et helhetlig du. Og at likeverdighet danner grobunn for en gjensidig respekt for hverandres integritet. For å videreutvikle bevissthet og alternativer til bruk av tvingende tiltak er det viktig at personalet får en arena der hvor det er muligheter for å diskutere situasjoner og opplevelser. Ved å lære av andre kan det føre til en mer bevisst holdning på avdelingen og gi pleierne flere muligheter gjennom økt kunnskap til å håndtere krevende situasjoner. Dette kan styrke kvaliteten på den pleien som utøves på avdelingen.

Litteraturliste

*Bang Olsen, R (2006) *Alkohol demens*. Demens. Vol 10/ nr.1 2006, S. 6-9

Brodtkorb, K. (Red.), (2008). Stellet-mulighetens arena. I M. Kirkevold (Red.), K. Brodtkorb (Red.) & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (1. utg., s. 148- 156). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

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

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

Engedal, K. (Red.), (1994). *Atferdsforstyrrelser ved aldersdemens*. (Sosial- og helsedepartementet. Rapport nr. 1, 1993). Sem: INFO-banken.

**Hansebo, G & Kihlgren, M (2002) Carers' interactions with patients suffering from severe dementia: a difficult balance to facilitate mutual togetherness. *Journal of Clinical Nursing* Mar; 11(2): 225-236

**Hem, M. H., Gjerberg, E. Pedersen, R. & Førde, R. (2010). Pleiepersonells erfaringer med å hjelpe personer med demens i personlig stell. *Sykepleieien Forskning*, 5(4), 294-301. doi: 10.4220/sykepleief.2011.0007.

*Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64 § 4 lokalisert på <http://www.lovdatabank.no>

Hummelvoll, J-K (2004). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Høyesteren, S.43 (1994) Vanskelig atferd- for hvem? Om det sosiale systemets reaksjoner. K Engedal (Red.), *Atferdsforstyrrelser ved aldersdemens* (Sosial og helsedepartementet og

statens helsetilsyns utviklingsprogram om alderspsykiatri Rapport nr. 1, 1994) Vestfold: BK vestfold grafiske AS.

**Johnsen, L & Smebye, K (2008). Bruk av tvang i demensomsorgen. I: *Personer med demens*. Rokstad, Anne Marie, Mork. Og Kari Lislerud Smebye(red). Oslo: Akribe, s: 205-231.

Kirkevold, M., Brodtkorb K., Ranhoff A. H., (2008). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

**Kirkevold, Ø.(2005). *Bruk av tvang i sykehjem*. Tidsskrift Den Norsk Legeforeningen(nr. 10), 1346-1348. Lokalisert på http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=1192223.

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.

*Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Lokalisert på: http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf.

*Kunnskapssenteret (2011) *Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2011*.Lokalisert på: <http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/Slik+oppsummerer+vi+forskning.2139.cms>

*Martinsen, K. Wærness, K (1979). *Pleie uten omsorg?* Oslo: Pax Forlag A/S

*Martinsen, K (1990). Omsorg i sykepleien- en moralsk utfordring: Jensen, K., Engelsrud, G. m.fl.: *Moderne omsorgsbilder*. Oslo: Gyldendal A/S

*Martinsen, K (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin* (2.utg) Oslo: universitetsforlaget

*Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2010). *Helsetilstanden i Norge: Demenslidelser*. Lokalisert på <http://www.fhi.no/artikler/?id=70813>.

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholdt, B., & Reinart, L., M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: - En arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo : Norsk sykepleier forbund.

*Olsen, R. (1998). *Klok av erfaring? Om sansning og oppmerksomhet, kunnskap og refleksjon i praktisk sykepleie*. Oslo: Tano Aschehaug

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63 § 4-A (2009). Lokalisert på <http://www.lovdatab.no>.

** Rognstad, M & Nåden, D (2011) *Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen- pleiers perspektiv* Nordisk Sykepleje Forskning, 2/2011., S. 143- 156

*Simonsen, N (2008) *Demens – En bedre hverdag* Yrkesfaglig studiehefte for medlemmer i seksjon helse og sosial (1.utg) Oslo: Fagforbundet

*Skarstein, S. 89- 89 (1994) *Atferd hos aldersdemente pasienter i en alderspsykiatrisk avdeling* . K Engerdal (Red.), *Atferdsforstyrrelser ved aldersdemens* (Sosial og helsedepartementet og statens helsetilsyns utviklingsprogram om alderspsykiatri Rapport nr. 1, 1994) Vestfold: BK vestfold grafiske AS.

Slettebø, Å. (2008). *Juridiske rammer og etiske utfordringer*. I M. Kirkevold (Red.), K. Brodtkorb (Red.) & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (1.utg., s. 169- 179). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Snoek, J. E. & Engedal, K. (2005). *Psykiatri: Kunnskap, forståelse, utfordringer*. (3. Utg.) Oslo: Akribe forlag.

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

*Witsø, E.& Teksum, A (1998) *Målrettet miljøarbeid med aldersdemente*. Aurskog: PDC Grafisk produksjon AS

*Selvvalgt litteratur

**Selvvalgt artikkel

Vedlegg 1, Pico- Skjema

P	I	C	O
<p>Pasienter som lider av (FLD) som motsetter seg hjelp i stell, holdninger og kompetanse blant personalet og sammenheng bruk av tvang i sykehjem</p>	<p>Pasienten utsettes for bruk av tvang i stell og ADL. Fordi pasienten motsetter seg den hjelpen som blir forsøkt gitt</p>		<p>Påvirker kunnskaper blant personalet bruken av tvang i institusjoner?</p>

<p>Innledning</p>	<p>Art.1 Gjennomføring og kartlegging av omfanget av tvang i norske sykehjem, hvilke forhold ved pasientene og/eller avdelingene som er assosiert med tvang.</p>	<p>Art.2 Artikkelen legger fokus på grenselandet mellom frivillighet og tvang i omsorg og pleie til personer med demens i sykehjem.</p>	<p>Art.3 Pasienter med demens er majoriteten på sykehjemmene, og denne pasienten gruppen viser seg å være den største ”byrden” i forhold til pleiernes tid og ressurser. Verbal-nonverbal kommunikasjon er det essensielle i pleien og den interaksjonen som oppstår.</p>	<p>Art.4 Studien tar opp utfordringene sykepleierne står ovenfor i samhandling med pasienter med demens, hensikten med studien var å beskrive personalets opplevelse av arbeidssituasjonen i møte med pasienter med demens og utagerende atferd, og å belyse personalets behov for kompetanseheving for at pasientenes verdighet som menneske skulle kunne ivaretas</p>
<p>Metode</p>	<p>Intervju av primærpleiere til 1926 sykehjemspasienter Kvantitativ?</p>	<p>Kvantitativ studie som baserer seg på fokusgruppeintervjuer og en åpen form for analyse (bricolage) av det transkriberte datamaterialet</p>	<p>Kvalitativ studie som benyttet seg av video opptak av stellesituasjoner .</p>	<p>beskrivende og utforskende design med kvalitative forskningsintervjuer.</p>

<p>Resultat</p>	<p>45% av pasienene i skjermede enhet for demente ble utsatt for minst ett tvangstiltak i løpet av en uke. Vanligst var bruk av tvang i forbindelse med aktiviteter i dagliglivet (ADL).</p> <p>Mental svikt, stort behov for hjelp i ADL og episoder med aggressiv adferd var assosiert med bruk av tvang</p>	<p>Stell er byr på mange utfordringer. Grensene mellom frivillighet og tvang er ofte uklare, og frivillige situasjoner kan raskt vippe mot tvingende situasjoner. Motstand kan ligge mer i måten ting gjøres på, enn motstand mot selve handlingen. Etablering av tillitsfulle relasjoner til pasientene er en måte å redusere tvang og øke frivillighet og samarbeid på.</p>	<p>Positive resultater : Pleierne kommuniserte med pasienten og snakket med ham på et felles nivå. Negative resultater: der hadde pleierne objektivisert og samhandlet dårlig, videoene og intervensjonene førte til at pleierne etterhvert klarte og samhandle med pasientene uten å måtte tvinge.</p>	<p>Resultatene viste at de ansatte opplevde maktesløshet når pasienter med demens motsatte seg og var utaggerende. De oppdaget også at de ansatte selv etterlyste mer kunnskaper om samhandling for å kunne møte slike situasjoner fordi de opplevde redsel og frykt når pasientene utaggerte.</p>
<p>Diskusjon/ konklusjon</p>	<p>Høy forekomst av tvang, tilfeldighetene med hensyn til hvem som avgjør at tvang skal benyttes, sannsynliggjør at det mer er snakk om dårlige rutiner enn om nøye overveielser i hvert enkelt tilfelle.</p>	<p>Viktig med engasjement og diskusjoner omkring praksis, 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. På sikt kan det redusere tvang</p>	<p>Resultatene viste at pleierne endret måten de samhandlet med pasientene. Hva pleierne sier med ord, er vel så viktig som kroppspråket. Videoene gjorde det ikke bare mulig for pleierne å reflektere over pasientene, men også seg selv, og hvordan de utførte sykepleie og hvilke holdninger som kom til syne.</p>	<p>Konkluderer med at høyere kunnskaper om samhandling med denne pasientgruppen er vesentlig for å kunne takle utaggerende situasjoner, men også for å kunne kjenne seg trygg på at man kan klare å møte dem. De hevder at sykepleierne må ha kunnskaper, for å kunne kjenne seg trygg på seg selv, og at dette vil bidra til at tvang blir benyttet.</p>

Vedlegg 3, Søkehistorikk

Dato	Søkeord	Databaser	Avgrensing	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler/ kommentar	Inkluderte artikler
09.01-12	Skjerming, seclusion, dementia	OVID SP	2005- Current Fulltekst	Flere		For vidt søk	0 Ikke relevant
12.01-12	Dementia, ward,	OVID SP	2005- Current Fulltekst	Flere		For vidt søk	0 Ikke relevant
13.01-12	Restraints, tilbakeholdenhet, beherskelse, people with dementia Demens, (frivillighet) tvang, sykehjem	Helsebiblioteket - SweMed+	Fulltekst	7	3	Pleiepersonalets erfaringer med å hjelpe personer med demens i personlig stell(Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang	1
14.01-12	Tvang + Sykehjem + demens	Helsebiblioteket,- SweMed+	Full tekst	2	1	Bruk av tvang i sykehjem	1
16.01-12	Geriatric ward, nursing home, health services for aged Demens	EbscoHOST,	2005- 2012 Fulltekst		1	Hvilke faktorer i de fysiskeomgivelsene hemmer og fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens?	0 Ikke relevant
18.01- 12	Force AND Dementia AND Qualitative nursing	CHINAL	2005- Currelt Full tekst	0	0		0
18.01- 12	Communication AND Dementia	CHINAL	2005- Currelt Full tekst	0	0		0
30.01 -12	Frontal lobe dementia	Svemed +	Full tekst	2	2	Alkoholbetinget frontallapdemens	1
30.01- 12	Frontal lobe dementia AND Nursing AND Paternalism	Ebsco host	2005- Currelt Full tekst	0	0		0 Ikke relevant
30.01- 12	Frontal lobe dementia AND Nursing	Ebsco host	2005- Currelt Full tekst	1	1		0 Ikke relevant
30.01- 12	Frontal lobe dementia AND Paternalism	Ebsco host	2005- Currelt Full tekst	0	0		0
30.01 -12	Frontal lobe dementia AND Force	Ebsco host	2005- Currelt Full tekst	1	1		0 Ikke relevant
06.02- 12	Dementia AND Nursing AND Difficult behavior	CHINAL	2002- current Full tekst	10	6	Carrars interaction with patiens suffering from severe dementia: a difficult balance to facilitate mutual togetherness	1
06.02- 12	Fontallappsdemens	Idunn	Fritt søk	2	1	Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen - Pleieres perspektiv	1
15.02-12	Tvang i sykehjem	Sykepleienforskning	-	24 treff	1	Kompetanse gir mindre tvang	0 Ikke relevant