

UNIVERSITETET I
NORDLAND

SY 180H 000

Bacheloroppgave i Sykepleie

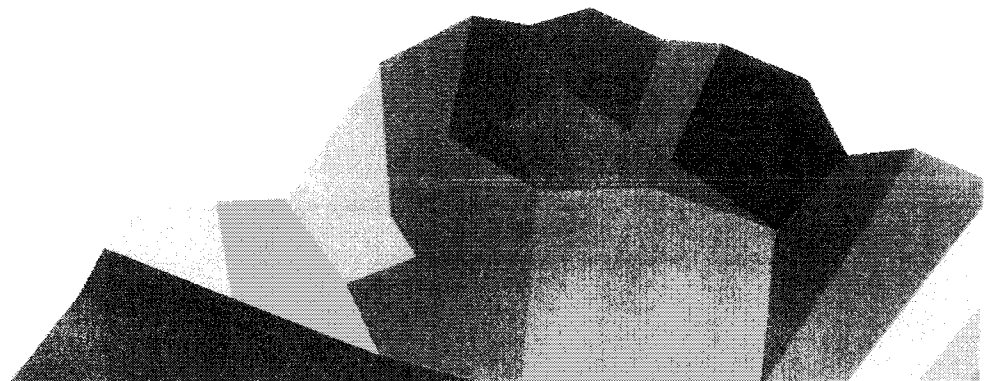
Kandidat nr. 278

[Olsen, Ida Elise Midtgård]

«Hvordan kan sykepleier gjennom realitetsorientering og
validering møte demente med stadig syn og
hørselshallusinasjoner i bofellesskap slik at pasienten
gjenvinner ro og trygghet i avdelinga»

Innlevering 27. april 2012

Antall ord: 9862



Treet, bladene og den demente.

Jeg er lik et tre!

Lik treet ble jeg også til ved et frø.

Lik treet fikk jeg mange sår, men vokste videre.

Mer motstandsdyktig, mer hardhudet, men også myk.

Lik treet fikk jeg også rynker etter hvert.

Lik treet om høsten mister jeg nå blader.

Blader som forteller hvem jeg er, hva jeg er.

Erfaringer jeg har gjort, viten, hvem jeg er glad i.

*Lik treet om høsten, føler jeg meg også tom, ribbet,
fattig, uten blader.*

Livet mitt "faller av"

Uten blader, intet liv, sier du vel.

Men du som ser meg, kjenner meg.

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

Jeg blir fortsatt glad, redd, sint, trist.

jeg føler og lever, men kun i øyeblikket.

Der ligger forskjellen på deg og meg.

Vær så snill, øyeblikket er det eneste jeg har.

Del det med meg!

Kirsti Solheim

(Solheim, 2009)

Innholdsfortegnelse

Side

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Introduksjon	1
1.2 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.....	1
1.3 Problemstilling.....	2
1.4 Litteratursøk.....	2
1.5 Avgrensninger.....	3
1.6 Oppgavens oppbygging.....	3
2.0 METODE	4
2.1 Det kvalitative forskningsintervju.....	4
2.2 Planlegging.....	4
2.3 Intervjuguide.....	5
2.4 Etske overveielser.....	5
2.5 Gjennomføring av intervju.....	6
2.6 Funn.....	6
2.6.1 Tillit - viktig i relasjonen med pasienten.....	7
2.6.2 Det å godkjenne at – slik er det pasienten opplever det.....	7
2.6.3 Ulike hallusinasjoner hos menn og kvinner.....	8
2.6.4 Å beholde roen.....	8
3.0 TEORI	10
3.1 Realitetsorientering.....	10
3.2 Validering.....	10
3.3 Demens.....	11
3.4 Syns og hørselshallusinasjoner.....	12
3.5 Bofellesskap for demente.....	13

3.6 Behovet for ro.....	14
3.7 Behovet for trygghet.....	14
4.0 HILDEGARD PEPLAUS SYKEPLEIETEORI	16
4.1 Mellommenneskelige forhold i sykepleie.....	16
4.2 Sykepleierens roller i pleieprosessen.....	16
4.3 Kommunikasjon.....	17
5.0 DRØFTING.....	18
5.1 Hvordan tillit blir en forutsetning for å realitetsorientere og validere.....	18
5.2 Hvordan realitetsorientering og validering anvendes i forbindelse med hallusinasjoner hos demente.....	19
5.3 Hvordan sykepleier tilnærmer seg ulike hallusinasjoner blant pasientene.....	22
5.4 Sykepleierens faglige og personlige utfordringer.....	23
6.0 AVSLUTTNING/OPPSUMERING.....	26
7.0 LITTERATURLISTE.....	27
7.1 Pensumlitteratur.....	27
7.2 Selvvalgt litteratur.....	27
7.3 Artikler.....	28

Vedlegg 1 Intervjuguide

Vedlegg 2 Godkjenning til innhenting av data

1.0 INNLEDNING

1.1 Introduksjon

I følge Engedal, (2008) finnes det om lag 65 000 personer med en demenssykdom i Norge, og hvert år rammes anslagsvis 9000 nye tilfeller av sykdommen. Jeg ser også i st.meld. nr. 25 (2005-2006) der det regnes med at om lag 250 000 personer, både demenssyke og pårørende er berørt av sykdommen. Videre antas det at antallet mennesker med denne lidelsen vil være fordoblet innen 2050. Dette kan forklares med at vi mennesker generelt sett lever lengre enn hva vi gjorde før og at forventet levealder øker i årene fremover. Demens forekommer med stigende alder, og relativt sett er forekomsten mer fremtredende hos kvinner enn hos menn, da kvinners levealder er noe høyere. Tallene ovenfor er med på å fortelle noe om hvilke utfordringer sykepleier blant annet står ovenfor i forhold til pleie og omsorg for denne gruppen pasienter.

En av følgene av å ha demenssykdom er at det kan ~~det~~ oppstå utfordrende atferd. Utfordrende atferd kan for eksempel være aggresjon og utagering som pårørende, helsepersonell, medpasienter og ikke minst pasienten selv reagerer på. Jeg har selv erfart at utfordrende atferd hos demente kan være vanskelig og problematisk for alle parter som er involvert. Sykepleier møter forskjellige typer atferd hos demente, og forekomsten av forskjellige atferdssymptomer hos pasientgruppen varierer betydelig fra undersøkelse til undersøkelse. Det er antatt at cirka 30 % av atferdssymptomene kan knyttes til psykose lignende atferd hvor hallusinasjoner er en av reaksjonene (Nygaard, 2003).

Det kan være utfordrende for sykepleier å hjelpe og forstå mennesker som er utagerende og hallusinerer, og det kreves menneskelighet og sykepleiefaglig innsikt for å være i situasjonene og håndtere utfordrende situasjoner til daglig. Det viktigste blir likevel å ivareta pasienten, og utøve best mulig pleie, gi omsorg og trygghet.

1.2 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Jeg ønsker å skrive om demensomsorg i min bacheloroppgave. Dette fordi jeg synes det er et spennende fagområde, som byr på mange sykepleierfaglige utfordringer. Som sykepleier møter man ofte mennesker med en demenssykdom, både i sykehjem, bofellesskap, sykehus og i hjemmesykepleien. Som sykepleier opplever man at pasientene man jobber med har ulike demens diagnoser og at symptomer rundt sykdommen kan være fremtredende hos enkelte,

men mer skjult hos andre. Alle faktorene er med på at jeg synes det er spennende, utfordrende og ikke minst lærerikt å jobbe med mennesker med demenssykdom.

Temaet som jeg har valgt å skrive om er syn og hørselhallusinasjoner hos pasienter med en demensdiagnose. Grunnen for at jeg ønsker å skrive om nettopp dette er fordi at hallusinasjoner hos demente pasienter er noe som jeg selv har sett og opplevd gjennom flere praksisperioder. Jeg synes at det kan være utfordrende og vanskelig å møte disse menneskene, og samtidig føle at det jeg gjør og sier under realitetsorientering og validering blir riktig. Det er disse opplevelsene fra tidligere praksiser som appellerer til meg og som gjør at jeg ønsker å skrive om dette i oppgaven min. Samtidig ser jeg igjen på tallene i st.meld. nr. 25 (2005-2006) der det regnes med at om lag 250 000 personer, både demenssyke og pårørende er berørt av sykdommen. Dette gir meg en bekreftelse på at oppgaven er aktuell, og at demensomsorg er et satsingsområde for helsevesenet i dag og i årene som kommer. Ut i fra dette er jeg kommet frem til følgende problemstilling.

1.3 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier gjennom realitetsorientering og validering møte demente med stadig syn og hørselshallusinasjoner i bofellesskap slik at pasienten gjenvinner ro og trygghet i avdelinga?

1.4 Litteratursøk

Jeg har brukt ulike fagdatabaser og elektroniske vitenkilder som for eksempel Bibsys, Google, Google scholar, Svemed+, NHL.no, Tidsskrift for den norske legeförening, Forskning.no og Sykepleien.no. Dalland, (2007) poengterer at man som grunnlag for å søke, må vite hva man leter etter. Søkeordene jeg har brukt har vært: demens, dementia, hallusinasjoner, synshallusinasjoner, hørselshallusinasjoner, sensoriske hallusinasjoner, utagerende atferd hos demente, psykoselidelser hos demente, realitetsorientering, validering, Hildegard Peplau + sykepleieteori. Søkeordene har blitt brukt hver for seg og i kombinasjon med hverandre. Dette er fagområder som jeg har fått mange treff på, og ordene er derfor lett å bruke som søkeord. Siden internett nesten gir ubegrensede muligheter til å søke på enorme mengder litteratur, har jeg laget en liste i forkant av oppgaven, hvor jeg har notert ned de forskjellige nettsidene, bøker og annen informasjon jeg ville bruke. Dette for at det skulle bli enklere å holde system i det jeg fant av litteratur til oppgaven. Av litteratur fant jeg i alt 27 bøker, både

pensum og selvvalgt litteratur, og 12 artikler/tidsskrift, både nasjonale og internasjonale. Av disse har jeg valgt å bruke 10 bøker og syv artikler/tidsskrift.

1.5 Avgrensninger

Jeg har valgt å begrense oppgaven til at det skal gjelde pasienter med demenssykdom som bor i bofellesskap tilrettelagt for demente. Jeg har valgt bofellesskap fordi dette er en arena hvor sykepleierens arbeidsoppgaver er knyttet til demente pasienter, og hvor det er grunn til å tro at helsepersonellet har god kompetanse på akkurat denne lidelsen, sammenlignet med en institusjon hvor sykdommene kan være utallige. Utfordrende atferd blant demente forekommer, og symptomene kan være forskjellige. Derfor begrenser jeg oppgaven til at den skal handle om et moment ved utfordrende atferd, nemlig hallusinasjoner.

Videre har jeg fokus på sykepleiefaglige oppgaver, og hvordan tilnærmingene realitetsorientering og validering kan brukes for å hjelpe demenssyke pasienter som lider av syns og hørselshallusinasjoner. Dette for å forebygge uro og frykt i pasientenes tilværelse. Jeg vil her nevne at jeg er oppmerksom på at det finnes flere tilnærminger man kan anvende i forbindelse demente pasienter som hallusinerer, men på grunn av oppgavens omfang har jeg valgt ut realitetsorientering og validering som tilnærminger.

1.6 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er bygd opp i syv hovedkapittel. Etter innledningen presenterer jeg metodekapitlet hvor jeg har valgt et kvalitativt forskingsintervju som metode. I dette kapitlet finnes også påfølgende funn, som er delt inn i fire kategorier. I neste kapittel presenterer jeg teori som vil være relevant for min problemstilling, og som jeg mener krever en nærmere utdyping. Deretter følger kapitlet om sykepleieteoretikeren jeg har valgt, Hildegard Peplau. I det femte kapitlet drøfter jeg sammenhengen mellom resultatene som jeg fant i intervjuet, og hvordan denne kunnskapen henger sammen med det som allerede eksisterer av kunnskap på området. Her vil Hildegard Peplaus sykepleieteori, pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og artikler brukes som kilder for å underbygge mine påstander. I neste kapittel kommer en oppsummering, som vil være et avsluttende del av oppgaven. I siste kapittel finnes en litteraturliste delt inn i tre deler. Vedlegg vil finnes bakerst i oppgaven.

2.0 METODE

(Dalland, 2007:81) hevder at *“en metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”*

I mitt arbeid med Bacheloroppgaven har jeg valgt å bruke intervju som metode. Å foreta et kvalitativt forskningsintervju mener jeg vil hjelpe meg til å finne svar på min problemstilling. Ved å innhente informasjon fra sykepleiere som har erfaring, og som jobber med demente til daglig kan jeg se på hvordan tilnærmingene realitetsorientering og validering anvendes i deres avdeling, hvilke syns og hørselshallusinasjoner som er “vanlige” for så å drøfte funnene med utgangspunkt i problemstillinga, og videre knytte funnene opp mot teori og forskning.

Dalland, (2007) sier at i et godt intervju får man frem en god samtale, ser kroppsspråk hos informanten og får frem forskjellige synspunkt som kan brukes i oppgaven. Slik kan man si at intervjuet har som formål å tolke meningen med sentrale temaer ved intervjupersonens arbeid, for så å kunne sette dette opp mot min problemstilling.

2.1 Det kvalitative forskningsintervju

Det jeg ønsker å få svar på avhenger mye av valget av intervjuperson. Dalland, (2007) forteller at det kvalitative forskningsintervjuet åpner for ulike måter å velge intervjuperson på. En måte er å se etter personer som det er grunn til å regne med, har noe å bidra med til ens problemstilling. Det er dette Dalland, (2007) kaller for et strategisk valg. Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet i min sammenheng er å få tak i intervjupersonenes beskrivelse og erfaring med utfordrende atferd, og knytte det opp mot min problemstilling.

2.2 Planlegging

Når intervjupersonene finnes blant fagfolk er fordelene med det at man kan ta direkte kontakt med personene man ønsker å intervju. Man kan ta kontakt, gjerne pr. telefon god tid i forveien slik at både informant og jeg som intervjuer får god tid til forberedning (Dalland, 2007).

Jeg valgte å gjøre dette. Jeg fikk med en gang svar hos sykepleieren jeg ringte til, og hun stilte seg positivt til å bli intervjuet, og intervjuets innhold. Hun skulle samtidig spørre en kollega om hun også ville la seg intervju. Resten av telefonsamtalen gikk greit, og jeg fikk fort avtalt et møte med informantene. Sykepleierne virket positive, og skulle forberede seg til møtet.

2.3 Intervjuguide

Det er viktig å forberede seg godt før intervjuet, deriblant forberede spørsmålene man skal stille for at utfallet skal bli best mulig. For at intervjuet skal bli vellykket for begge parter må man ha satt seg godt i intervjupersonenes yrke og dens verdier på forhånd. Jeg valgte å skrive ned fire spørsmål rundt min problemstilling og hadde disse som utgangspunkt for intervjuet. Jeg ba også sykepleierne komme med eksempler og gi en dypere utgreiing når det var punkter i intervjuet som var uklare, eller som jeg ikke forsto. Annen informasjon som kom frem under samtalen, var verdifull å notere seg, da jeg kan få bruk for også dette i oppgaven min. Når intervjuet er satt i gang er det viktig å være saklig og holde seg til temaet. Dalland, (2007) poengterer at forforståelsen vår danner et viktig utgangspunkt for intervjuet. I tillegg til praksiserfaring hadde jeg i forkant av intervjuet lest meg opp på temaene rundt min problemstilling, slik at jeg hadde et teoretisk grunnlag å stille spørsmålene mine ut ifra. Det er flere måter å lage et intervju på, den kan være detaljert satt opp med ferdig formulerte spørsmål, eller det kan være et ustrukturert intervju som inneholder en oppramsing av temaene som jeg ønsker skal bli tatt opp. Det er nettopp dette som kalles for en intervjuguide, selve planen jeg har for intervjuet.

2.4 Etske overveielser

Etikken handler om normene for riktig og god livsførsel. Stilt ovenfor vanskelige avgjørelser i livet skal etikken gi oss veiledning og grunnlag for vurderinger før vi handler Dalland, (2007). Jeg som intervjuer mener at jeg må ta hensyn til etiske utfordringer i mitt intervju, og tenke over om det kan medføre "skade" for andre. Jeg som intervjuperson trenger tillatelse til innhenting av data fra både skolens veileder og avdelingsleder ved bofellesskapet før jeg intervjuer. Jeg har sendt inn søknad med min problemstilling, slik at mine informanter og avdelingsleder får satt seg inn i mitt tema, og for at de skal kunne få vurdere om de ønsker å bli intervjuet eller ikke. Søknad for innhenting av data og intervjuguide vil finnes som vedlegg sist i oppgaven. Innen helsesektoren er taushetsplikt en viktig faktor. All helsepersonell skal ha taushetsplikt ovenfor menneskers personlige opplysninger, dette gjelder også studenter innenfor helsefaget. Her vil jeg henviser til helsepersonelloven § 21. Hovedregel om taushetsplikt:

«Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.»

Når jeg skal intervju sykepleiere er det viktig at jeg holder min taushetsplikt. Spesielt hvis det trekkes fram eksempler om dem selv, eller pasienter som de jobber med. Derfor ønsker jeg ikke at det skal komme frem i min oppgave hvem personene i intervjuet er, slik at andre kan identifisere dem. Det er derfor av stor betydning å huske på anonymitet i slike sammenhenger.

2.5 Gjennomføring av intervju

I Dalland, (2007) sies det at det finnes forskjellige metoder man kan bruke for å ta vare på samtalen under intervjuet. Lydopptak er et praktisk hjelpemiddel å bruke. Dette hjelpemidlet tar vare på det som blir sagt og fanger opp nyanser i språk og stemmeleie. Bruk av lydopptak fanger ikke opp informantens kroppsspråk, derfor noterte jeg observasjonene og inntrykk underveis i en skriveblokk. Etter intervjuets slutt hørte jeg igjennom samtalen og skrev ned ord for ord, det som ble sagt. Hensikten med det er at det gir meg en bedre oversikt, enn når jeg bare lytter til opptaket. Jeg gjenopplever intervjuet og kan høre og se det så mange ganger jeg vil. Etter å ha skrevet intervjuet skal det deles inn i forskjellige temaer, og fra der skal det gjennomgås på nytt igjen. Dette for at unødig informasjon skal skilles fra det aktuelle man er ute etter.

Jeg valgte å bruke lydopptak, samt notere ned aktuelle observasjoner under intervjuet. Før intervjuet sjekket jeg at lydopptaket fungerte, slik at jeg kunne forsikre meg om at alt kom med. Jeg syntes at det var praktisk å bruke lydopptaker, siden jeg da konsentrerte meg bedre om selve samtalen som ble ført mellom meg og informantene. Når jeg skulle gjennomgå intervjuet brukte jeg god tid på å skrive det ned, for så å finne ut hvor ting passet sammen under de aktuelle temaene jeg valgte. For at jeg skulle få en god tekst analyserte og tolket jeg intervjuet. Dette var for å finne ut hva intervjuet egentlig hadde å fortelle, og for å hjelpe meg å få tak i de enkelte sidene ved det informantene sa. Etter dette prøvde jeg å forklare funnens innhold og betydning ved å danne meg et helhetsinntrykk av intervjuet. Jeg valgte å veksle mellom helheten og delene av intervjuet for at jeg skulle danne meg et mest mulig korrekt inntrykk av funnene. Av dette fikk jeg tilslutt en sammenfattende tekst.

2.6 Funn

Da intervjuet var analysert, satt jeg igjen med mye informasjon. Jeg følte at jeg fikk svar på mye av det jeg lurte på, men det var også irrelevante tema som ble nevnt og tatt opp under

intervjuet. Jeg plukket ut det jeg syntes var vesentlig, og fant så frem aktuelle temaer rundt min problemstilling.

2.6.1 Tillit - viktig i relasjonen med pasienten

I relasjonen til demente pasienter som hallusinerer er det viktig at det bygges opp et tillitsforhold mellom sykepleier og pasient. Demente pasienter har et særlig behov for tillit fordi sykdommen innebærer tap av tillit til egen kropp, hukommelse, funksjonsevne og for framtiden deres. Tapet av selvtillit forsterker også behovet for å kunne stole på andre, forteller sykepleierne. Det er derfor viktig at vi viser at vi bryr oss, og at vi er der for å hjelpe. Sykepleierne opplever at validering kan være en tillitsskapende tilnærming fordi vi som sykepleiere er sammen med pasienten, og prøver å erstatte den sviktende hukommelsen med følelser. Da kan det være lettere for pasientene å hente seg inn, og etter hvert få en bekreftelse fra oss sykepleiere på hva som er, og hva som ikke er reelt. De forteller at det er tillitsskapende å validere med pasienten først, i stedet for å fortelle brukeren hvordan ting er brått og brutalt. Da kan tillitten brytes, den er i alle fall ikke skapende for videre arbeid i forbindelse med hallusinasjoner sier sykepleierne.

2.6.2 Det å godkjenne at – slik er det pasienten opplever det

Sykepleierne ser på det som en god begynnelse i relasjonen til en pasient som har en hallusinasjon å godkjenne at, slik er det du opplever det gjennom å validere først. For deretter om man tenker at pasienten er mottagelig for det, gå over til realitetsorientering. En av sykepleierne henviser til et eksempel hvor en dame på 85 år sier at hun skal hjem til mamma for hun hører at hun roper på hjelp. I stedet for å si at moren er død (noe som kan komme som et sjokk på pasienten, siden pasienten i hodet sitt er 20 år) ikke avkreftede dette med en gang. Det handler rett og slett om å møte pasienten der han/hun er, for så å realitetsorientere. Man kan legge hodet litt på skakke og vise pasienten litt medfølelse ved å si «savner du moren din», og da kan pasienten skjønne at moren er død. Da først kan man gå inn og bekrefte for henne at det stemmer, «ja moren din er død». Sykepleierne opplever at noen pasienter blir veldig lei seg når man realitetsorienterer, men hvis pasienten klarer å ta informasjonen til seg, kan han/hun også vise takknemlighet for at du sier i fra.

I forbindelse med realitetsorientering og validering har sykepleierne ulike hjelpemidler og ressurser som de tar i bruk for å tilnærme seg pasienten som hallusinerer. For og i det hele tatt lykkes med realitetsorientering eller validering er det viktig at man har opplysninger om

pasienten, forteller begge sykepleierne. Dette er for eksempel å ha kjennskap til pasientens livshistorie og et oppdatert personopplysningsskjema. Momenter som kroppskontakt, bilder og gjenstander som tilhører pasienten, samt avtaler med pårørende er også hjelpemidler sykepleierne anvender i denne sammenheng.

2.6.3 Ulike hallusinasjoner hos menn og kvinner

Sykepleierne forteller at de finner forskjeller på menn og kvinner når det gjelder hallusinasjoner. De opplever det som om kvinners hallusinasjoner relateres mest til og rundt familiemedlemmer som de må finne, skal hjem til eller passe på. Det å gi omsorg ser vi er noe som rettes spesielt mot kvinner. Sykepleierne forteller videre at lyden av barnegråt er en gjenganger blant kvinnene. Disse hørselshallusinasjonene opptrer så ofte at det ikke vil være mulig at disse lydene er knyttet til ytre stimuli. Det er ikke ytre påvirkninger som gjør det, det er rett og slett lyder som oppstår i hodet til pasienten. De forteller at mange er veldig redde og angstpreget, og at hallusinasjonene kan vare fra minutter til flere timer med bare små opphold innimellom.

Menns hallusinasjoner relateres ofte mot en aktivitet de holder på med. Ofte opplever de at de er på jobb eller har arbeid de skal gjøre. De kan se både båter og tog når de kikker ut av vinduene, og til tider er de «ombord» på kjøretøyene. En av sykepleierne opplever blant annet at menn som hallusinerer ofte skal måle alt mulig. Pasientene opplever at de er på arbeid, og de holder en tomstokk i hånden som “egentlig ikke er der” og måler i vinduskarmer og oppover vegger. Videre forteller sykepleier at mange av de mannlige pasientene tidligere har jobbet som håndverkere, snekkere og industriarbeidere, mens kvinnene har vært husmødre og tatt seg av barna. Sykepleierne sier også at det er ikke er bestandig man klarer å få beboeren ut fra hallusinasjonene. Noen ganger så er hallusinasjonene så kraftige at pasientene nesten ikke sanser mennesker som er rundt, og man får derfor heller ikke kontakt. I disse tilfellene må man bare la realitetsorienteringen og valideringen ligge på vent og la pasientene få “tømme seg”, eller vente til hallusinosen går over, for det vil gå over etter hvert.

2.6.4 Å beholde roen

Arbeidet med demente pasienter kan by på store utfordringer for sykepleieren. Begge sykepleierne som ble intervjuet hevder at de mange ganger føler seg hjelpeløse i møte med demente som utagerer, ved for eksempel hallusinasjoner. Den håpløsheten man føler når man ikke greier å oppnå resultater, verken ved validering eller realitetsorientering er fryktelig å

kjenne på. Man ser at pasienten er rastløs, utslitt, mistenksom og klarer ikke få fred. Sykepleierne forteller at det ikke bare er pasienten selv det går utover, men resten av beboergruppen også. De blir dratt med på lasset, og er veldig lett påvirkelige. Det blir da en stor utfordring for sykepleieren å gjenvinne ro i avdelinga igjen. Sykepleierne forteller at de mange ganger må skjerme hallusinerte pasienter for at miljøet rundt skal bli roligere. Stort sett så vil hallusinasjonene gå over etter en stund, men det siste vi tyr til vil jo være medisiner. De forteller at det da skal være direkte fare for liv og helse til pasienten. Om de psykiske symptomene er så store, som for eksempel at pasienten helt slutter å spise, eller ikke tar i mot noen ting av nødvendig helsehjelp, så er det en reell fare for pasienten sitt liv.

I dette arbeidet er det viktig at sykepleieren er tålmodig og ikke blir sint. At sykepleier ikke tar ting som blir sagt og gjort av pasienten til seg. Sykepleierne sier at dette fort kan bli en vond sirkel ved at man for eksempel gruer seg til å gå på jobb, og i verste fall unngår pasienten. Pasienten trenger nemlig noen som er bestemte, og ikke lar seg påvirke så mye. Men det er jo en kjempe utfordring å faktisk klare det. Spesielt når det er så omfattende som hallusinasjoner, det kan gå mange timer, pågå hver dag, hver vakt og kanskje hele vekten. Så det er en kunst å greie å være tålmodig alle de timene. Dette yrket er ikke for alle sier begge sykepleierne bestemt.

3.0 TEORI

I dette kapittelet vil jeg belyse de temaene jeg anser som viktige i forhold til min problemstilling, og som jeg mener krever en nærmere forklaring og utdypning.

3.1 Realitetsorientering

Realitetsorientering er en metode som ble utviklet i 1960- og 70 årene. Realitetsorientering er en kommunikasjonsform som i størst mulig grad er orienterende og informasjonsgivende. Den anvendes overfor eldre som har mistet - eller er i ferd med å miste sin orientering om tid og sted, hvem som heter hva og hva gjenstander skal brukes til for eksempel. Man kan si at realitetsorientering går ut på å møte pasienten der han/hun er, og videre føre personen tilbake til nåtiden. Dette er en tilnærming som bør gjøres med ærlighet, respekt og innlevelse, for å hjelpe pasienten til å huske mest mulig (Henriksen, 2008).

Målene for realitetsorientering er at pasienten skal bli orientert om tid, sted, aktuelle sosiale forhold og egen person. For noen pasienter kan det være til god hjelp at miljøet og omgivelsene rundt dem berikes med såkalte "visuelle nøkler". Dette kan for eksempel være store klokker, kalendere, og navneskilt på romdør. Når det gjelder vrangforestillinger og psykose lignende hendelser som hallusinasjoner hos demente, kan realitetsorientering anvendes for å hente dem inn igjen. På denne måten kan personalet hjelpe pasienten med demens til en mer adekvat oppfatning av virkeligheten, for så en bedre mestring av hverdagen. For mange mennesker med en demenssykdom kan det være betryggende at personalet kan formidle den kunnskapen og viten de selv har vansker med å ta til seg eller huske på. Mange pasienter er takknemlig for oppklaring og orientering (Henriksen, 2008).

3.2 Validering

Validering er en metode som ble utviklet og beskrevet av Naomi Feil på 1970- og 80 tallet. Validering betyr å gjøre gyldig de følelser som den demente har, fordi den demente beveger seg i et område der følelser og stemninger oppleves som aller sterkest. Metoden er med på å erstatte den sviktende logiske tenkningen, ved å stimulere hukommelsen for følelser Hummelvoll, (2008). Det viktigste i arbeidet med denne metoden er å skape trygghet gjennom å vise respekt for, og aksept av pasientens følelser og opplevelser. Det som er sentralt er å bekrefte og anerkjenne pasientens meddelelser, og ikke korrigere eller lede vedkommende fram til korrekte data. Man kan i arbeid med valideringsterapi stille utforskende spørsmål som hvem, hva, hvor, når og hvordan for å bidra til å gyldiggjøre de

følelsesmessige aspektene ved pasientens kommunikasjon. Denne tilnærmingen har en kompleks teoretisk bakgrunn, med mer fokus på utløste konflikter fra pasientens tidligere liv enn på nåtidige, altså demensrelaterte vansker. Som sykepleier må man prøve å forstå pasientens perspektiv, og videre møte hver enkelt på det personene er opptatt av i stedet for å korrigere. I forbindelse med validering kan det oppstå forståelse, skapes tillitt og nærhet mellom sykepleier og pasient. (Henriksen, 2008).

3.3 Demens

“Demens er en hjerneorganisk sykdom og en fellesbetegnelse på en rekke sykelige tilstander som kjennetegnes ved ervervet kognitiv svikt, svikt av emosjonell kontroll og sviktende funksjonsevne i forhold til dagliglivets funksjoner” Engedal, (2003:125).

I følge Engedal, (2003) er det sykdommer i visse områder av hjernen som bearbeider informasjon og skader som fører til demens. Det er likevel ikke alltid like enkelt å finne en spesifikk årsak under en utredning. Dette begrunnes ofte med at det foreligger en blandingstilstand av demens formene. Demens brukes som en fellesbetegnelse for alle ulike former av sykdommen. Det er videre vanlig å klassifisere de ulike formene av sykdommen inn i tre hovedgrupper. Gruppene kalles degenerative hjernesykdommer, vaskulær demens og sekundær demens.

- Degenerative hjernesykdommer som fører til demens er blant annet: Alzheimer, Picks sykdom, fronto-temporallappdemens, demens ved Lewylegeme, Parkinsons sykdom supranukleær parese, Huntingtons sykdom og andre mer sjeldne degenerative sykdommer (Engedal, 2003).
- Vaskulær demens brukes som en fellesbetegnelse for demens der årsaken er betinget av sykdommer i hjernens blodårer. Det kan være i forbindelse med småkarssykdom, et enkelt infarkt i hjernen (store og strategiske) og etter gjentatte infarkter (multiinfarkt demens) (Engedal, 2003).
- Sekundær demens forekommer om områder i hjernen som bearbeider informasjon blir utsatt for skade. Eksempler på dette kan være alkoholbetinget demens, demens etter hjernebetennelser som AIDS og herpes og demens sekundært etter hjernesvulst eller hodeskader (Engedal, 2003).

I følge Engedal, (2003) er Alzheimers sykdom den vanligste formen for demens og utgjør hele 60 % av alle sykdomstilfellene. Den nest hyppigste av formene er vaskulær demens som utgjør cirka 20 -25 %. Videre antas det at fronto-temporallappsdemens og demens ved Lewylegeme er den tredje og fjerde hyppigste demenstilstanden. Symptomer ved demens er individuelle og kan opptre i ulik grad og form hos den enkelte pasient. Ut i fra dette kan man dele inn symptomene ved demens i kognitive, motoriske og atferdsmessige symptomer. Ved en svikt i kognitive funksjoner kan ofte fremtredende symptomer være redusert. For eksempel evne til oppmerksomhet, en svekket evne til å løse problemer, handlingssvikt, varierende grad av hukommelse og språkproblematikk. Ved motoriske symptomer kan man for eksempel se muskelstyringsproblemer og inkontinens. Atferdsmessige symptomer, også kalt APSD (Atferdsmessige og Psykologiske Symptomer ved Demens) forekommer også. Disse kan være passivitet, mistenksomhet og rastløshet. Dette kan man se ved at pasienten rammes av angst, depresjon, hallusinasjoner og vrangforestillinger og aggresjon (Nygaard, 2003).

3.4 Syns og hørselshallusinasjoner

I følge Solheim, (2009) betyr hallusinasjoner sansebedrag hvor pasienten ser, hører, lukter, smaker eller føler noe som ikke finnes. Det er et psykotisk symptom som er mer sjelden en vanlig, ved en demenssykdom. En person med demens kan ha vanskeligheter med å finne ord for å beskrive hva han/hun ser eller opplever, og det er derfor viktig å skille hallusinasjoner fra vrangforestillinger og feiltolkning. Hallusinasjoner er som regel kortvarige, men kan likefullt fremstå som angstfremkallende for pasienten. Atferd og væremåte kan endres og disse symptomene kan være svært plagsomme for den det gjelder. I følge Forchuk, (1995) poengterer Hildegard Peplau at vi som sykepleiere må være nøye med å anvende et språk som ikke forsterker inntrykket av at hallusinasjonene er reelle, eller at vi også opplever dem.

I tillegg til demens kan det være andre grunner for hallusinose, som for eksempel fysiske lidelser, infeksjoner, feber, og medikamenter. De vanligste formene er syns og hørselshallusinasjoner (Solheim, 2009).

- Syns hallusinasjoner eller visuelle hallusinasjoner innebærer det å se ting som fysisk ikke eksisterer. Det er viktig å skille dårlig syn og skader i synssentret fra hallusinasjoner. Visuelle hallusinasjoner kan være enkle eller komplekse, og kan innebære og se for eksempel lysglimt, mønstre, personer, dyr, forvrengte ansikter, objekter, kompliserte landskap eller bisarre situasjoner. Kortvarige visuelle

hallusinasjoner kan fremtre av forskjellige grunner som anfall, hodepine, infeksjoner eller slag som opptrer i visuelle områder av hjernen. Andre midlertidige årsaker til hallusinasjoner kan være spesielle typer skader og sykdommer. Mange typer medisiner som eldre tar kan ha visuelle bieffekter. Det er derfor viktig å undersøke dette (Jones, 2010).

- Hørsels hallusinasjoner involverer det å høre stemmer, lyder og bråk som ikke er reelle. Som med synshallusinasjoner, er det også her viktig å skille mulige fysiske grunner som sykdom og bieffekt av medisiner. Hørselshallusinasjoner er mer sjelden blant mennesker med en demenssykdom enn syns hallusinasjoner. Tinnitus er noen ganger beskrevet som en hørselshallusinasjon. Tinnitus er en tilstand som opptrer oftere ettersom alderen øker. Dette kan beskrives som pågående ustoppelig bakgrunnsstøy, ofte høyfrekvent men som ikke eksisterer i virkeligheten. Et tidlig varsel på at noen kan ha en hørselshallusinasjon er om pasienten snakker med seg selv og så tar en pause som om de lytter til noen andre, før samtalen fortsettes (Jones, 2010).

3.5 Bofellesskap for demente

Bofellesskap, bokollektiv eller omsorgsbolig blir definert som pasientens egen bolig eller hjem, og skal ikke sammenlignes med en institusjon som for eksempel et sykehjem (Eek, 1999).

Personer som bor i et bofellesskap kan variere fra godt fungerende mennesker som trenger tilsyn og tilrettelegging gjennom hverdagen på grunn av en begynnende demens, og mangel på tilsyn i eget hjem, til mennesker med et så stort pleiebehov at de trenger hjelp til de fleste gjøremål. De aller fleste ønsker å få bli boende i eget hjem så lenge det er mulig. Når man opplever manglende trygghet og kontroll ved å bo i eget hjem, kan det være en at personen selv eller pårørende ønsker flytting. Siden demens er en sykdom som utvikler seg over tid med stadig svekkelse av personens funksjonsnivå, vil man på et tidspunkt få behov for heldøgns pleie og omsorg. (Eek, 1999)

Bofellesskapet skal være små og oversiktlige miljøer for den demente pasienten. Leilighetene varierer i areal og planløsning, men det dekker behovet for en enslig leietaker. En leilighet inneholder vanligvis stue, kjøkken, bad og ett soverom. Slikt sett er bofellesskap en samling

av flere hjem til en pasientgruppe på om lag 3-14 stykker. På samme tid er disse hjemmene koblet sammen med en fellesgang og ofte felles oppholdsrom som alle beboere kan benytte. Under samme tak finner man også personales rom; kontorer, bad samt ulike boder. Når boligen blir tilrettelagt for personer med en demenssykdom er det vanlig at bofellesskapet har et eget personale bestående av sykepleier, helsefagarbeider, aktivitører og lignende, eller at helsepersonell fra hjemmetjenesten har fast arbeidssted der. Hensikten i denne sammenheng vil være å gi den demente pasienten et forsvarlig og godt tilbud med utgangspunkt i den enkeltes ressurser, behov og rettigheter (Eek, 1999).

3.6 Behovet for ro

Mennesker som lever med en demenssykdom har lavere toleranse for stress, engstelse, økt motorisk uro og kaotiske tanker enn andre (Rokstad, 2005).

Man kan i arbeidet med demente som for eksempel lever i et bofellesskap se at mange opplever at de er hjemme, og at de forholder seg realistiske til omgivelsene rundt. Pasientene kan også oppleve at de er på jobb, eller at de har mistet tidsorienteringen slik at de fornemmer å være i en annen livsepoke. På grunn av sviktende mental fungering har de lavere terskel for forvirring og kaos i sin forestillingsverden. Dette medfører da altså sviktende oppmerksomhet og konsentrasjonsevne, som videre gjør det vanskelig for pasienten å holde en oversikt over ulike og sammensatte stimuli fra omgivelsene rundt. Med forvirring vil motorisk uro øke, og pasienten kan bli vandrende, rastløs, misforstå lett og blir engstelig. Det blir på en måte en realitetsbrist for pasienten. Når man så prøver å korrigere pasienten, er det ikke uvanlig at irritasjon og aggresjon kan oppstå. Dette er fordi at en forvirret dement pasient selv opplever et stort ubehag, og er ofte engstelig i urolige omgivelser og situasjoner. Det finnes følgelig individuelle forskjeller på hvorvidt pasienten reagerer på uro eller ikke. Dette har ikke bare med hvilken grad og type demenssykdom man har, personlighetsfaktorer spiller også inn. Det fysiske miljø og personer som tilbringer mye tid med pasienten har også mye å si for å forebygge og redusere uro (Rokstad, 2005).

3.7 Behovet for trygghet

Alle mennesker har behov for trygghet i livet. Dette gjelder både sikkerhet mot konkrete ytre trusler og vårt behov for å oppleve tilværelsen som strukturert, stabil og meningsfull (Blix, 2006).

Å kjenne seg trygg har mye å si for vårt sosiale forhold til andre mennesker, men også muligheten til å kunne være alene. Når man føler seg trygg på seg selv vil man kunne være i stand til å stole på egne intuisjoner, våge, mestre, vite hva man selv ønsker, hevde seg i forhold med andre mennesker og i tillegg være tro mot sine svakheter. Ordet trygghet brukes ofte i sykepleien, og som et mål for våre pasienter, fremhever vi trygghet. Det er viktig å huske på at trygghet er et individuelt begrep, og kan oppleves forskjellig fra person til person. Det som oppleves som trygghet for et menneske, kan skape utrygghet hos et annet. Trygghet er et brobyggende element i sykepleier-pasient relasjonen, og en forutsetning for samhandling. I samhandling utleverer vi oss selv for hverandre, og her kan både trygghet og utrygghet tre frem (Blix, 2006).

4.0 HILDEGARD PEPLAUS SYKEPLEIETEORI

Sykepleieteoretikeren som har jeg valgt å bruke i min oppgave er Hildegard Peplau (1909 - 1999). Hennes sykepleieteori går ut på det mellommenneskelige forholdet mellom sykepleier og pasient. Hun mener i sitt hovedverk (*Interpersonal Relations in Nursing*) at sykepleieren kan hjelpe til for at enkeltindivider skal kunne fungere på best mulig måte i samfunnet. I arbeidet med andre profesjonelle helsearbeidere skal man legge til rette for at organismen skal fungere mest mulig naturlig (Forchuk, 1995). Jeg ble hovedsakelig kjent med hennes teori gjennom tidligere oppgaveskriving og eksamen, og jeg ønsker derfor å bruke Peplaus teori fordi jeg mener den er relevant innenfor mitt tema og problemstilling. Jeg syntes samtidig at det er spennende å trekke inn en av de mer ukjente, og ikke så ofte benyttede sykepleieteoretikerne. Jeg vil nedenfor videre gjengi de mest relevante punktene i teorien hennes.

4.1 Mellommenneskelige forhold i sykepleie

Hildegard Peplau mener at sykepleie må sees på som en dynamisk og kontinuerlig utviklingsprosess, der momenter som tillit og et mellommenneskelig forhold mellom sykepleier og pasient er av betydning for hvor god hjelpen og behandlingen blir. I følge Peplau vil pasient og pleier kunne utvikle et gjensidig forhold i denne prosessen, for så sammen gå igjennom og løse forskjellige vanskeligheter og problemer. Peplaus sykepleieteori retter seg hovedsakelig mot sykepleie innenfor mental helse (Forchuk, 1995).

Videre hevder Peplau at sykepleie er en målrettet prosess hvor en rekke handlinger vil spille inn i målet mot en bedre helse. I denne prosessen er det viktig at sykepleier først og fremst ser sin pasient som et helhetlig menneske, og videre legger til rette for hvordan pasientens behov på best mulig måte kan tilfredsstilles. Samtidig må sykepleier gå inn i seg selv, og kjenne etter om en er klar til å gjennomføre denne helsefremmende prosessen med pasienten. Peplau mener at det er like viktig for sykepleieren som for pasienten at man arbeider sammen mot de mål man setter seg (Forchuk, 1995).

4.2 Sykepleierens roller i pleieprosessen

I forholdet til pasienten, mener Peplau at sykepleier har seks forskjellige roller som benyttes i pleieprosessen. Man må som sykepleier og hjelper være bevist på hvilken rolle man er i til en hver tid, samtidig som man må tenke over hvilken rolle som vil være mest relevant å anvende i den gitte situasjon. De ulike rollene som sykepleier kan anvende mener Peplau er: *ukjent, resursperson, stedfortreder, rådgiver, lærer og leder*. (Forchuk, 1995).

I begynnelsen av prosessen er sykepleier og pasient ukjente for hverandre. I denne fasen er det viktig at pasienten blir møtt av sykepleier med respekt, da i lys av at pasienten faktisk forstår og er i følelsesmessig stand til å skjønne hva som skjer. Man skal møte pasienten på samme vis som om det dukker opp en ukjent gjest. Etter hvert som man blir kjent går sykepleieren over i en annen fase og blir som en resursperson som kunnskapsbasert kan informere om pasientens sykdom. Sykepleier kan også ha rolle som stedfortreder for familie og venner. Sykepleieren som rådgiver krever store kunnskaper både innenfor verbal og non-verbal kommunikasjon, mens sykepleieren som lærer er en kombinasjon av alle rollene. Ut i fra medisinske spørsmål avhenger undervisningen i stor grad av hva pasienten vet, er i stand til og er interessert i. Lederprosessen går ut på å få pasienten til å samarbeide, og sammen med sykepleier ønske å løse problemene (Forchuk, 1995).

4.3 Kommunikasjon

Når en sykepleier skal pleie en person prøver man å sette seg inn i hvem denne personen er, hvilke krav personen har satt seg og hvordan livskvaliteten kan forbedres på best mulig måte. I sitt syn på sykepleie vektlegger Peplau verbal og ikke-verbal kommunikasjon. Den verbale kommunikasjonen kjennetegnes ved uttrykk via språket, mens ikke-verbal kommunikasjon gir seg uttrykk i empati gjennom vår kroppsholdning, mønster, vennlighet og gester. Det er viktig å lytte aktivt til pasienten ifølge Peplau. Det er en nødvendig ferdighet sykepleieren må kunne mestre, for å kunne innlede et virksomt og betydningsfullt forhold til en pasient. Like viktig er det å bruke et språk som pasienten skjønner, og som ikke fører til feiltolkning og forvekslinger. Spørsmålene som skal stilles er forbeholdt om hva sykepleieren er ute etter. Det er fire spørsmål som Peplau praktiserer. Dette er: åpne spørsmål, linkede og klargjørende spørsmål, spørsmål i forlengelsen av noe og hypotetiske spørsmål (Forchuk, 1995).

Her ser man at Peplaus teori belyser hvor viktig det er å skape et tillitsfullt og mellommenneskelig forhold til pasientene. I min sammenheng i arbeidet med demente som hallusinerer er dette sentrale momenter for at pasienten i det hele tatt skal kunne slippe pleieren inn på seg. For å få til en realitetsorientering eller validering er det viktig at den demente pasienten forstår at pleieren er ærlig, ønsker å hjelpe, at sykepleieren møter pasienten der den er og videre setter seg inn i hans/hennes livsverden. Hallusinosen kan da etter hvert avta og pasienten vil kunne oppleve ro og trygghet i omgivelsene rundt.

5.0 DRØFTING

Det er gjennom drøftinga at jeg skal vise hva jeg har lært i forbindelse med oppgaven, og hvordan denne kunnskapen henger sammen med det som allerede eksisterer av kunnskap på området. Dalland, (2007) forteller at det er her jeg skal vise sammenhengen mellom de teoretiske perspektivene jeg trakk frem under arbeidet med problemstillingen, og resultatene som jeg fant i undersøkelsen.

5.1 Hvordan tillit blir en forutsetning for å realitetsorientere og validere

For en sykepleier er det viktig å skape et tillitsforhold til sine pasienter for å kunne anvende tilnærmingene realitetsorientering og validering. I artikkelen: Grunnstoffet tillitt forklarer Fugelli, (2011) begrepet.

«Tillit er menneskets følelse av at andres godhet, ærlighet og dyktighet er å stole på. Tillit medfører ofte en overføring av makt til en person eller til et system, makt til å handle på mine vegne, til mitt beste».

I intervjuet med sykepleierne ble det fortalt at tillitt er selve inngangsporten til å arbeide med demente pasienter. Dette fordi sykdommen svekker pasientene både mentalt og fysisk. Å ha tillitt til andre mennesker vil derfor være av større betydning for pasientene nå, enn før sykdommen inntraff. Det som kan være utfordrende, er å få pasienten til og forså at man som sykepleier ønsker å hjelpe, og at hjelpen er ment til det beste for pasienten. Hildegard Peplau mener at man skal møte pasientene på samme vis, som om det dukker opp en ukjent gjest. Forchuk, (1995). altså være hyggelig og imøtekommende, vise respekt og ærlighet. Tillitt skapes over tid og er nødvendig for å oppnå målene man ønsker innen sykepleie. Det vil være situasjoner hvor sykepleier kanskje må bruke tid på å skape tillit hver dag, hver vakt eller hver time for at et tillitsforhold med pasienten skal kunne etableres, dette kan være et eksempel ved hallusinasjoner.

I intervjuet kom det frem at validering kan være et utgangspunkt for tillitt fordi tilnærmingen erstatter den sviktende hukommelsen med følelser. Ved å benytte realitetsorientering kan derimot tillitten brytes ved at man opptrer for brått og brutalt. Jeg har selv opplevd i praksis at validering kan være tillitsskapende. En kvinne hadde hallusinasjoner om et barn som gråt og sultet på loftet. Jeg erfarte at det ikke nyttet å forklare at jeg ikke kunne høre barnet og at det ikke fantes noe loft, fordi hallusinosen var helt reel for henne. Siden hun ikke var mottagelig

for realitetsorientering svarte hun med sinne og frustrasjon, noe som skapte uro blant de andre pasientene i avdelingen. Jeg måtte derfor ta meg tid til å gå sammen med pasienten å vise at «her finnes ingen trapp opp til loftet» og samtidig bekrefte verdiene og gyldigheten rundt følelsene hennes. Pasienten ble roligere av dette, og kom litt etter litt ut av hallusinosen. Først på dette tidspunktet ble realitetsorientering aktuell å benytte, for å føre pasienten til utgangspunktet før hallusinosen oppsto.

Av realitetsorienteringen ble pasienten litt trist, men samtidig takknemlig for at jeg hadde rettleidet henne til det som var virkelig. Man kan spørre seg om valideringen bidro til at pasienten følte at jeg var en hun kunne stole på? Var det derfor hun viste meg tillitt ved at hun fikk snakke om følelsene sine, at jeg viste at jeg var tilgjengelig, at jeg viste respekt og tok meg tid til å høre etter? Solheim, (2009:330) forteller at

»mennesker som opplever respekt og trygghet, som blir sett, hørt og respektert, trenger ikke hele tiden bruke krefter på å forsvare seg. Når forsvaret minsker, frigjøres energi. Den frigjorte energien kan brukes til annen hensiktsmessig atferd og andre tanker, blant annet til å ta inn virkeligheten slik den er, selv om den kan oppleves som smertefull».

Selv om hallusinasjoner vil kunne oppstå flere ganger, vil likevel tillitt som skapes mellom sykepleier og pasient, ha noe å si for hvordan utfallet av akkurat «denne» hallusinasjonen blir. Hildergard Peplau skriver også i sin teori at sykepleie må sees på som en dynamisk og kontinuerlig utviklingsprosess, der momenter som tillit og et mellommenneskelig forhold mellom sykepleier og pasient er av betydning for hvor god hjelpen og behandlingen blir Forchuk, (1995). Hvilken tilnærming sykepleier velger å bruke, samt hvor og når, må vurderes ut fra hvor mottagelig pasienten som hallusinerer er, og hva sykepleieren intuitivt føler er riktig. Det som er viktig er at pasienten uansett blir møtt med respekt, ærlighet, empati, slik at tillitten blir skapende i øyeblikket.

5.2 Hvordan realitetsorientering og validering anvendes i forbindelse med hallusinasjoner hos demente

I mitt intervju med sykepleierne kom det frem at både realitetsorientering og validering er nødvendige å anvende, men at validering er en fin tilnærming å starte med i forbindelse med hallusinasjoner hos demente. Dette for at man gjennom valideringen skaper en relasjon hvor tillitt kan skapes. Realitetsorientering blir derimot først sentral når pasienten er i stand til å ta informasjonen som blir gitt til seg. På denne måten kan sykepleier bekrefte pasientens

spørsmål og påstander, slik at vedkommende kan forstå og forholde seg til virkeligheten igjen. Dette gjenspeiles også i Peplaus sykepleierteori hvor verbal og ikke-verbal kommunikasjon, kan sammenlignes med realitetsorientering og validering. Hun mener at det er nødvendige ferdigheter som sykepleier må kunne mestre for å få et betydningsfullt forhold til pasienten. Forchuk, (1995). Spørsmålet blir om det er mulighet for at sykepleier bare kan anvende en av tilnærmingene? Realitetsorientering for eksempel? Naomi Feil utviklet på 1970- og 80 tallet kommunikasjonsformen validering fordi hun så at demente pasienter ikke greide å forholde seg til virkeligheten og hadde store følelsesmessige konflikter med seg selv. Hun observerte videre at pleiere prøvde å tilnærme seg og hjelpe ved realitetsorientering, uten at det ga noe godt resultat (Kjelberg, 2002).

Kan man stille seg spørsmål om at realitetsorienteringen i seg selv kanskje er for voldsom for pasientene? Sykepleierne fra intervjuet forteller at pasientene noen ganger blir veldig lei seg når man realitetsorienterer fordi virkeligheten kan virke så fjern fra den «reelle hallusinasjon». Derfor mener jeg at det kan være en fordel å benytte disse tilnærmingene sammen, ved og først godkjenne pasientens følelser for så å bekrefte faktiske forhold. Det vil si å validere og så realitetsorientere.

I arbeidet med realitetsorientering og validering finnes det ulike hjelpemidler som sykepleier kan ta i bruk for å tilnærme seg pasienten. Det er en fordel at man som sykepleier kjenner til personhistorien til pasienten for å få et innblikk i interesser, hobbyer, familie, sykdom, tidligere arbeid samt sosiale og åndelige behov. Dette for at man skal kunne ha et grunnlag å realitetsorientere og validere ut ifra, og at opplysningene man gir blir korrekte. Hildegard Peplau mente at når en sykepleier skal pleie en person, prøver han/hun å sette seg inn i hvem denne personen er, hvilke krav personen har satt seg og hvordan livskvaliteten kan forbedres på best mulig måte Forchuk, (1995). For å få frem Peplaus poeng kan det her være av betydning at avdelingen har et stabilt personale, med lite bruk av ufaglærte. Dette for at mangelen på kunnskap blant ufaglærte kan føre til mer forvirring og uro hos pasienten som hallusinerer. På denne måten kan sykepleier som jobber regelmessig nærme seg pasienten på en annen måte, og ut i fra et faglig ståsted gjennomføre tiltak som kan forbedre pasientens situasjon.

Sykepleierne fra intervjuet forteller at et godt hjelpemiddel for å tilnærme seg pasienten vil være å innhente informasjon fra personopplysningskjemaet som blir laget av pasienten selv og pårørende ved innkomst i avdelinga. Man kan jo da spørre seg om dette er nok

informasjon? Hva om sykeutviklingen eller familiære forhold endrer seg, vil personopplysningsskjemaet oppdateres? Lichtwarck, (2009) forteller at det mange ganger er nødvendig at personopplysningsskjemaet kompletteres, for at pasientinformasjonen skal være oppdatert, og for at man skal kunne følge med på sykdomsutviklingen. Her vil det derfor være av betydning at sykepleier og avdelingspersonell generelt, har et godt samarbeid med familie og lege for å få den informasjonen man trenger. Selv har jeg erfaring med at man ved hjelp av et personopplysningsskjema, kan få nok informasjon til å forstå hvorfor pasienten reagerer på en hendelse, som igjen kan være underliggende årsak for en hallusinasjon.

Et annet hjelpemiddel under realitetsorientering og validering er kroppskontakt forteller sykepleierne. Her mener jeg at man først og fremst må tenke over hvordan pasienten reagerer på det, og om han/ hun liker nærhet eller ikke. Det kan være kontaktskapende å holde noen i hånden eller stryke noen på arm eller skulder, og pasienten kan føle trygghet i at noen bryr seg. Kroppskontakt kan også virke avslappende på pasienten, men det trenger ikke være det. Det kan jo tenkes at det noen ganger kan være best å la pasienten få være i fred, da pasienten kan bli sint av at sykepleier er så nærgående. Solem, (2007) forteller at:

«Kommunikasjon gjennom kroppskontakt og berøring kan være bra for den som er forvirret. Men noen vil være meget følsomme og på vakt mot personer som kommer for nær. De vil bli redde og sinte om noen forsøker å berøre dem. Dette må også respekteres».

Om ikke kroppskontakt er til hjelp under realitetsorientering og validering, kan sykepleier anvende bilder og gjenstander som tilhører pasienten. Dette er for at minner og følelser skal vekkes i pasienten, og således hjelpe personen til å huske. Man kan stille seg spørsmål om pårørende kan være en ressurs her? I følge Solheim, (2009) kan pårørende lage et fotoalbum med bilder fra pasientens tidligere liv, og bilder fra nyere tid. På denne måten kan fotoalbumet bli et fint utgangspunkt for samtale, og en hjelp til å holde fast på minnene i pasientens liv. Pårørende kan også være en ressurs eller et «hjelpemiddel», om pasienten har mistillit eller ikke tror på det sykepleier sier under realitetsorientering. Avdelingen kan her prøve å gjøre en avtale med familien, slik at pasienten får ringe og snakke med dem, eller at pårørende kommer innom. For hvis ikke beboeren tror på det sykepleier forteller, så kan det jo være at han/hun har tillitt til noen i familien. Ofte slår pasienten seg til ro om en i familien bekrefter eller avkrefter det som han/hun opplever og spør om, sier sykepleierne fra intervjuet.

Mye kan altså anvendes i forbindelse med realitetsorientering og validering i arbeidet med demente som hallusinerer. Det som likevel jeg tror er viktig, er at sykepleier er til stede,

prøver ut de ulike ressursene og hjelpemidlene, bruker fantasi og kreativitet, samt tar seg tid til å se hva som fungerer for nettopp denne pasienten.

5.3 Hvordan sykepleier tilnærmer seg ulike hallusinasjoner blant pasientene

I intervjuet med sykepleierne kom det frem at det er forskjeller på menn og kvinners hallusinasjoner. Hallusinasjonene hos kvinner relateres til å gi omsorg for familiemedlemmer som de ser eller hører, mens hallusinasjonene hos menn er aktivitetsrelatert. En kan stille seg spørsmålet om hvorfor det egentlig er slike forskjeller mellom hallusinasjonene? Sykepleier fra intervjuet mener at jobb og det å skaffe penger til livets opphold er noe som har vært viktig for menn før i tiden, da kvinner var mere i hjemmet og tok seg av familien. Demens er jo en sykdom som gjør at korttidshukommelsen blir svekket, mens minner fra det tidligere liv i større grad huskes. Det er derfor ikke umulig at den demente pasient opplever å være i en annen livsepoke, og at ting som de holdt på med eller arbeidet med, fortsatt opptar dem. Selv om det er i en annen tid nå, og begge kjønn er mer likestilte i forhold til arbeid i og utenfor hjemmet, vil det kanskje ikke være så rart at det finnes forskjeller mellom menn og kvinners hallusinasjoner, når man tenker på hvordan livet og kjønnsrollene var før i tiden.

I arbeidet med å realitetsorientere og validere vil det også være forskjeller i å tilnærme seg pasienten fordi hallusinasjonene er og oppleves så forskjellig. I forhold til kvinner opplever sykepleierne fra intervjuet at pasienten som er i hallusinose, ofte er redd og angstpreget. Dette fordi de leter etter spesielt bortkommende barn. Siden demens er en sykdom som gjør at pasientene lett blir utsatt for sanseintrykk, vil en situasjon hvor en bekymret kvinne som leter etter et barn, også skape reaksjoner hos de andre beboerne som samtidig kanskje sitter og ser på tv eller hører på radio. Dette kan igjen føre til stress og uro i avdelingen. Hasselø, (2003) forteller at *«vi ser ofte at omgivelsene skaper uro og stress for personer med demens, da de ikke har evne til å takle alle disse formene for stimuli samtidig»*. Et spørsmål her blir hvorfor dette er så uheldig? Dette kan forklares med at man da ikke bare har en pasient man må forholde seg til, men hele pasientgruppen som er blitt påvirket og er urolig. Dette byr igjen på utfordringer for personellet som må iverksette tiltak for å fremheve ro og trygghet i pasientgruppen. En fordel her er at man som sykepleier kan iverksette forebyggende tiltak helt i begynnelsen, eller komme pasienten som hallusinerer i forkjøpet med å for eksempel skjerme han/hun fra andre beboere, for så å benytte realitetsorientering, eller validering. (Rokstad, 2005).

I forhold til menns hallusinasjoner kom det frem i intervjuet at hallusinasjonen ofte relateres til en aktivitet som pasienten holder på med. Her vil det «følelsesmessige forholdet» være annerledes enn hos kvinner, fordi hallusinosen nettopp omhandler en aktivitet og ikke omsorg til og rundt andre mennesker. Når noen går og leter etter ett barn og er redd, vil situasjonen oppfattes som lagt mer alvorlig enn om en person sitter og fletter med en «usynlig tråd». Disse følelsene gjenspeiles hos de andre pasientene, som kanskje ikke forstår hva dette mennesket holder på med, men som likevel ikke bryr seg noe videre med det. Hvordan kan da sykepleieren tilnærme seg den hallusinerte pasienten gjennom realitetsorientering og validering?

I intervjuet fortalte sykepleierne at noen ganger så er hallusinasjonene så pass kraftige at pasientene nesten ikke sanser mennesker som er rundt, og man får derfor heller ikke kontakt. I disse tilfellene må man bare la realitetsorienteringen og valideringen ligge på vent og la pasientene få “tømme seg”, eller vente til hallusinosen går over. Sykepleier kan også her skjerme de andre pasientene fra den hallusinerte pasienten ved og for eksempel å ta de andre pasientene med i et annet oppholdsrom for å gjøre en aktivitet. Dermed kan uro og forvirring i avdelinga unngås. Når sykepleier videre ser at pasienten blir mer mottakelig kan man skånsomt gå frem for å prøve ut de to tilnærmingene. Hildegard Peplau forteller i Forchuk, (1995) at sykepleieren må være klar over at pasienten oppfatter sine hallusinasjoner i aller høyeste grad som virkelige. Derfor bør sykepleieren være nøye med å bruke et språk som gjør at inntrykkene rundt hallusinasjonene ikke forsterkes, samt formidle ovenfor pasienten at dette er noe som bare han/ hun opplever. Det som likevel blir aller viktigst er at pasienten som hallusinerer, og andre medpasienter får oppleve ro og tilstrekkelig hvile i tilværelsen. Dette for å kunne fungere best mulig, og fortsatt ha en meningsfull hverdag til tross for sykdommen (Rokstad, 2005).

5.4 Sykepleierens faglige og personlige utfordringer

Det å være sykepleier på en demensavdeling kan være en svært krevende jobb, så vell faglig som personlig. Siden demens er en lidelse som forverres over tid, kan ikke lidelsen bedres uansett hva pleiere gjør. Hjerneskadene vil øke, og pasientens funksjonsnivå synke. Derfor kan det oppleves som en stor påkjenning å skulle yte helsehjelp hver dag, uten å se tegn til bedring Solheim, (2009). Sykepleierne fra intervjuet føler også at demensomsorg kan være utfordrende, og at de til tider føler seg «hjelpeløse» i møte med demente som hallusinerer.

Når man arbeider med mennesker over lang tid er det naturlig at man utvikler et forhold til pasientene. I større eller mindre grad vil man også bli glade i dem. Når en pasient er utagerende og hallusinerer, og når man har prøvd både realitetsorientering og validering m. m, uten å oppnå resultater kan det være vanskelig å være sykepleier. Man ønsker å hjelpe fordi man ser at pasienten er utslitt, og at vedkommende ikke greier å finne fred. Spørsmålet blir hva skal man gjøre? Tenker man at medisinerer er et alternativ?

I følge Kjelberg, (2002) er medisinerer blant demente med vanskelig atferd utbredt, og gis gjerne i form av psykofarmaka. Her kan man stille seg undrende over hvor heldig dette egentlig er? Kjelberg, (2002) forteller videre at bivirkningene er mange, og at aldersdemente generelt sett tåler lite medisiner. Dette er fordi at hjerneskadene til den demente fører til en reduksjon av mange av de stoffene i hjernen som får hjernen til å fungere optimalt. Medisinen påvirker stoffene ved å redusere mengden av dem i hjernen. Blir reduksjonen for stor vil dermed større eller mindre deler av hjernen settes ut av funksjon. I intervjuet forteller sykepleierne at de helst unngår medisinerer. Det vil kun være aktuelt om de psykiske symptomene er så store at det er fare for pasientens liv. Jeg mener at at det generelt sett må fokuseres mer på at omgivelsene må tilpasse seg den hallusinerte pasienten og ikke omvendt. Med dette mener jeg at man ikke skal ty til medisinerer som enkleste utvei, men heller fokusere på tiltak som tilnærming til pasienten, ha god fantasi, samt vise evne og vilje til å prøve ut forskjellige arbeidsformer.

Tålmodighet er en nødvendighet i arbeidet med demente som hallusinerer. Dette fordi at hallusinasjonene kan pågå i mange timer i løpet av vakta, pågå hele vakta, eller kanskje hver dag. Sykepleieren kan bli veldig sliten av og stadig måtte anvende tilnærminger som realitetsorientering og validering, samt gjenta seg til pasienten utallige ganger i løpet av dagen uten å oppnå resultater. En utfordring her er å ikke bli sint på pasienten. Sykepleierne fra intervjuet fortalte at man ikke må ta ting som blir sagt og gjort av pasienten til seg. Men dette kan være lettere sagt enn gjort, da mennesker reagerer følelsesmessig forskjellig. Selv mener jeg at man i situasjonen må prøve å tenke sykepleiefaglig, nemlig at pasienten virkelig er syk, og at han/hun kanskje ikke hadde gjort eller sagt det samme om vedkommende var frisk. Jeg mener ikke at man som sykepleier skal finne seg i alt pasienten gjør eller sier, men at det er viktig at man ikke lar seg påvirke for mye personlig. Pasienten trenger at sykepleierne er bestemte og standfaste i sitt arbeid. På denne måten kan man se at Peplaus teori gjenspeiles

ved at sykepleier kan gå inn i en slags lederrolle, ved å være bestemt å ha faste holdepunkter i pleien.

Det er viktig at sykepleier får satt ord på følelsene sine, og kanskje det å snakke med personalgruppen om utfordringene man møter, kan være av betydning for og ikke bli utbrent. Solheim, (2009:53) forteller at *«en nødvendig forutsetning for aktivt og engasjert arbeid med aldersdemente er at vi har personalmiljøer der det er mulig å tømme noe av vår fortvilelse og slitenhet»*. Med dette mener jeg man kan få hjelp til å forstå, fordøye og sortere det man opplever i arbeidet. Samtalene kan føre til at sykepleieren ser verdiene i arbeidet som er utført, for så og glede seg over opplevelser og erfaringer på arbeidsplassen. Men sykepleier kan jo også kjenne på at han/hun må holde seg borte fra bestemte pasienter en stund, eller at det kanskje er lurt å hospitere i en annen avdeling til man er i stand til å yte profesjonell pleie og omsorg igjen. Hildegard Peplau mener at sykepleier må gå inn i seg selv, og kjenne etter om en er klar til å gjennomføre en helsefremmende prosess med pasienten, dette for at målene man setter seg skal oppnås Forchuk, (1995). Dette er av betydning da en «utbrent» eller sliten sykepleier ikke vil yte like god helsehjelp sammenlignet med en sykepleier som finner glede og ser verdiene i jobben som gjøres. Dette er følelser som sykepleieren på kjenne på, og vurdere for at pleien skal bli riktig, både for pasient og sykepleier.

6.0 AVSLUTNING/OPPSUMERING

I denne oppgaven har jeg søkt etter svar på hvordan sykepleier gjennom realitetsorientering og validering kan møte demente med stadig syn og hørselshallusinasjoner i bofellesskap slik at pasienten gjenvinner ro og trygghet i avdelinga. Jeg har i forbindelse med oppgaven tillært meg mye ny kunnskap innenfor dette tema. Jeg tror at arbeidet med intervjuet og drøftingen har gitt meg en dypere forståelse av demente som hallusinerer, og som jeg tror kan være med på å styrke min yrkesutøvelse i forbindelse med demensomsorg.

I prosessen med denne oppgaven har jeg forsøkt å ta tak i funnene fra intervjuet med sykepleierne, for så å drøfte og knytte det opp mot relevant teori og forskning. Ut i fra funnene var det fire temaer som ble sentrale i forhold til min problemstilling. Dette var å skape tillitt, hvordan realitetsorientering og validering anvendes, ulike hallusinasjoner blant menn og kvinner samt utfordringer for sykepleiere. Etter min mening er dette hovedtemaer som er nødvendige å drøfte, for at sykepleier skal kunne få et helhetlig syn på hvordan realitetsorientering og validering kan anvendes, for at ro og trygghet skal skapes i en avdeling med demente som hallusinerer. For å tilnærme seg gjennom realitetsorientering og validering har jeg funnet ut at temaene må sees i sammenheng med hverandre. Med dette mener jeg at tillitt må skapes først for å nærme seg pasienten. Dette er nødvendig for og i det hele tatt kunne realitetsorientere og validere. På grunn av at hallusinasjonene oppleves forskjellig fra kjønnene, må man også kunne tilnærme seg forskjellig. Validering kan være grei å begynne med, og etter hvert når pasienten blir mottagelig for informasjon, kan man gå over til realitetsorientering. Dette byr igjen på utfordringer for sykepleieren med tanke på tålmodighet og håndtering av ulike tiltak og følelser.

Jeg har funnet ut at det er viktig å skape ro og trygghet rundt demente som hallusinerer fordi dette vil være med på å bidra til en bedre hverdag for pasientene. Denne pasientgruppen er lett utsatt for påvirkning og ytre stimuli, og det skal derfor lite til før det oppstår uro. Av den grunn mener jeg det er viktig at sykepleier har fokus på å skape gode øyeblikk sammen med pasienten, selv om minnene vil avta i løpet av kort tid. Om realitetsorientering og validering kan bidra til ro og trygghet i akkurat «dette øyeblikket» er det av betydning, siden øyeblikkene er det eneste pasienten har igjen.

7.0 LITTERATURLISTE

Jeg har valgt å dele litteraturlista opp i pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og artikler. Antall sider på selvvalgt litteratur (hvor artikler inngår) er på 396 sider.

7.1 Pensumlitteratur

- Blix, E., Breivik, S. (2006) «*Basisbok i sykepleie – om menneskets grunnleggende behov*». Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Dalland, O. (2007) «*Metode og oppgaveskriving for studenter*». Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS: 4. utg.
- Helsepersonelloven. (1999) «*Taushetsplikt og opplysningsrett.*» Tilgjengelig fra: <http://www.handboka.no/Sak/Lover/Helsepers/hp05.htm#a21> 03.04.12.
- Hummelvoll, J. K. (2008) «*Helt ikke stykkevis og delt – psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*». Gyldendal Norsk Forlag AS. 6utg.

7.2 Selvvalgt litteratur

- Eek, A., Nygård, A.M. (1999) “*Innsyn og utsyn – Tilbud til personer med demens i norske kommuner*”. Oslo: INFO – banken. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. S: 43-48, 49-54. 12 sider
- Engedal, K. (2003) Demens og demenssykdommer. I «*Aldring og hjernesykdommer*”. Engedal, K., Wyller, T. S: 125-149 Oslo: Akribe Forlag. 25 sider
- Engedal, K. (2008) «*Lærebok alderspsykiatri i praksis*». Tønsberg: Forlaget Aldring og helse. 2utg. S: 25-34. 10 sider.
- Forchuk, C., Sieloff, C. L., O'Connor, N. (1995) «*Anteekningar om omvårdnadsteorier II*». Sverige: Lund, Studentlitteratur. S: 11- 68. 57 sider

- Henriksen, K. (2008) Kommunikasjon. I “*Personer med demens – møte og samhandling*”. Rokstad, A.M., Smebye, K. S: 87- 113. Oslo: Akribe. 27 sider
- Kjelberg, T. (2002) «*Når atferd blir vanskelig- utredning og tiltak ved vanskelig atferd hos aldersdemente*». Oslo: Kommuneforlaget AS. S: 109 – 148. 39 sider
- Nygaard, H.A. (2003) Atferdsmessige, psykologiske og psykiatriske symptomer (APSD) hos personer med demens. I «*Aldring og hjernesykdommer*”. Engedal, K., Wyller, T. S: 171-185. Oslo: Akribe Forlag 14 sider
- Rokstad, A.M. (2005) «*Kommunikasjon på kollisjonskurs – Når atferd blir vanskelig å mestre*». Tønsberg: Forlaget Aldring og helse. S: 79-90. 12 sider
- Solheim, K., *Demensguiden - holdninger og handlinger i demensomsorgen* (2009) Oslo: Universitetsforlaget. 2 utg. S: 155-160, 246-253, 330-338, 41-54, 77-82, 306-317. 55 sider
- St.meld. nr 25(2005-2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Helse og omsorgsdepartementet - Omsorgsplan 2015.
Tilgjengelig fra:
<http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20052006/025/PDFS/STM200520060025000D/DDPDFS.pdf> 30.03.12. 123 sider

7.3 Artikler

- Fugelli, P. (2011) “*Grunnstoffet tillitt*” Tilgjengelig fra:
<http://www.sykepleien.no/forskning/innspill/673726/grunnstoffet-tillit> 12.04.12. 2 sider
- Hasselø, V. (2003) «*Sansestimulering af personer med Demens*» Tilgjengelig fra:
<http://www.birgitte-gammeltoft.dk/artiklernes/artikler/sansedemens.htm> 16.04.12. 5 sider

- Jones, G. (2010) «*Hallucinations in people with dementia*». Tilgjengelig fra:
http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=172
26.03.12. 6 sider
- Lichtwarck, B. (2009) «*Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens (TID)*». Tilgjengelig fra:
<http://www.nordemens.no/ViewFile.aspx?ItemID=2268> 18.04.12. 4 sider
- Solem, P.E. (2007) «*Eldre og forvirring*» Tilgjengelig fra:
http://www.sinnetshelse.no/artikler/eldre_forvirring.htm 19.04.12. 5 sider

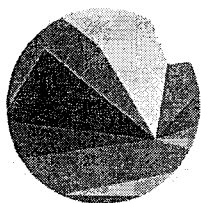
Intervjuguide:

Hvordan kan du som sykepleier gjennom realitetsorientering og validering gjenvinne ro og trygghet hos en som hallusinerer? Har dere noen eksempler fra egen erfaring?

Hvilke hallusinasjoner opplever dere som mest fremtredende?

Opplever dere at det er forskjeller på menn og kvinner når de hallusinerer, og hva er så forskjellene?

Hvilke personlige utfordringer møter du som sykepleier i forbindelse med demente som stadig hallusinerer?



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Profesjonshøgskolen
Sykepleie og helsefag

J.nr.:

TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED SKRIFTLIGE STUDENTARBEIDER.

Stiles til:

Avdeling / institusjon

Ved:

Navn avdelingsleder / faglig leder

Som ledd i arbeidet med

- 1.) Fordypningsoppgave ___
- 2.) Deleksamen ___
- 3.) Semesteroppgave ___
- 4.) Prosjektarbeid ___

søker:

Student: _____

Bachelor i sykepleie: Kull: 09H

Studiested: Universitetet i Nordland, afd, Rana

Videreutdanning, linje: _____

Kull: _____

om tillatelse til å innhente data fra Deres praksisfelt/arbeidssted. Slik datasamling er vurdert av student og faglærer som nødvendig for gjennomføringen av nevnte eksamen/oppgave.

Undertegnede er kjent med lover og forskrifter som regulerer personvern og pasienters rettssikkerhet, forskningsetiske retningslinjer og interne retningslinjer for oppgaveskriving.

Det er ikke tillatt å gjennomføre undersøkelser der pasient eller pårørende er respondenter / intervjupersoner.

OPPLYSNINGER OM ARBEIDET:

Problemstilling og formål med undersøkelsen: _____

"Hvordan kan sykepleier gjennom realitetsorientering og validering møte demente med stadig syn og hørselshallusinasjoner i bofellesskap? Slik at pasienten gjenminner ro og trygghet i avdelinga."

Metode v/ datainnsamlingen: Kvalitativt forskningsintervju.

Respondenter / intervjupersoner: _____
121

Hjelpemidler til bruk v/ datasamlingen: lyddopptaker, notisblokk

NB! Evt. spørreskjema til bruk i datasamlingen er vedlagt.

Tidspunkt / Tidsrom for datasamlingen: 08.03.12 Kl: 14⁰⁰

Ved ønske om ytterligere informasjon bes saksbehandler om å ta kontakt med undertegnede student eller faglærer.

Med hilsen

Student

Faglærer

Svar på søknaden bes gitt på vedlagte svarskjema, som sendes til student med kopi til faglærer.

Jnr.:

Dato: _____

Til

Student: _____

Faglærer: _____

Høgskole: _____

Adresse: _____

Postnr. / poststed: _____

SVAR PÅ SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA.

Søknad av dato 4/3-12 er behandlet dato 8/3-12 av saksbehandler / organ:

Vedtak: _____

Evt. merknader knyttet til vedtaket: _____

Godkjenner interjuvet og det som står der.

8/3-12

Underskrift

8/3-2012

Underskrift

55