

UNIVERSITETET I
NORDLAND

Bacheloroppgave i sykepleie - SYN180H

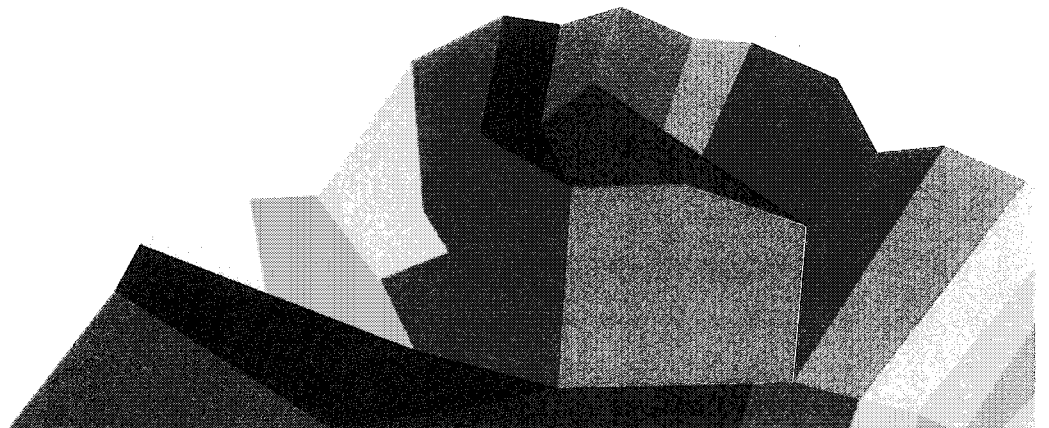
Kandidatnummer: 16 og 25

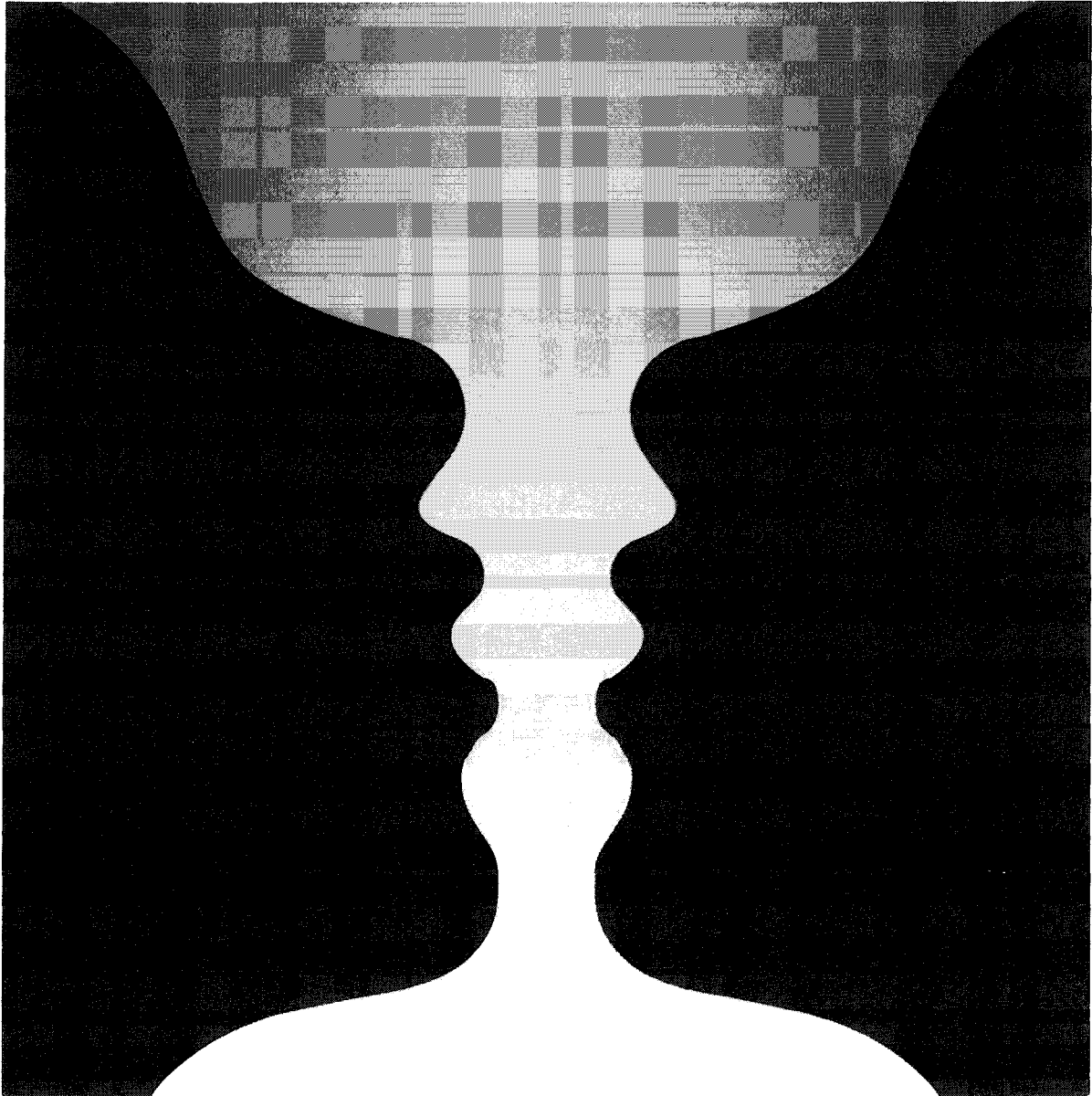
[Petersen, Odd
Jakobsen, Bård]

**Hvordan kan sykepleiere bidra til å begrense bruk av tvang i pleie- og stellesituasjoner
knyttet til pasienter med demenslidelser i sykehjem?**

Dato for innlevering: 25.10.13.

Ord 9857





Bevisstheten om at forgrunn og bakgrunn er med på å skape vår virkelighetsoppfatning, bidrar til forståelse av hvorfor vi ofte oppfatter virkeligheten ulikt. Selv om vi ser det samme fenomenet, kan det hende vi ser helt forskjellige ting. Legg i tillegg merke til hvor vanskelig det er å se pokalen og de to profilene samtidig. Tendensen er at vi ser det ene eller det andre (Ragnhild Magelssen, 2008).

Innhold

1 Innledning	4
1.1 Begrunnelse for valg av tema	4
1.2 Problemstilling	5
1.3 Avgrensning	5
1.4 Teoretisk referanseramme og oppgavens oppbygging	5
1.5 Begrepsavklaringer	6
2.0 Metode	7
2.1 Definisjonen av metode	7
2.2 Intervju som metode	7
2.3 Intervju og datainnsamling	8
2.4 <i>Datainnsamling, databaser og søkeord</i>	9
2.5 <i>Presentasjon av forskningsartikler</i>	11
2.6 Etske aspekter	12
3.0 Teoridel	13
3.1 Demenslidelse	13
3.1.1 Demenssykdommene	14
3.1.2 Forekomsten av demenslidelser og patologi	15
3.2 Kommunikasjon og etikk	15
3.3 Etske utfordringer for sykepleieren	17
3.4 Pasient og brukerrettighetsloven	18
3.4.1 Kvalitetsforskriften	19
3.5 Brukermedvirkning i demensomsorgen	19
3.5.1 Trygghet i pasientperspektiv	19
3.6 Case	20
3.7 Sykepleievitenskapelig teori	21
3.8 Funn av forhold som har betydning for bruken av tvang	23

4.0 Drøfting av funn	24
4.1 Rutinene i avdelingen	24
4.2 Atferd og krenkelse	26
4.3 Det levde liv	28
4.4 Kompetanse	29
4.5 Miljøtiltak og demensomsorg	30
5.0 Avslutning	32
6.0 Litteraturliste	33
6.1 Pensumlitteratur	33
6.2 Selvvalgt litteratur	33

Vedlegg

1 Innledning

I følge Demensplanen 2015 står vi ovenfor store omsorgsutfordringer som konsekvens av økt levealder i befolkningen. I takt med økt levealder øker også tallet på pasienter med demenslidelser. Beregninger viser en sannsynlig fordobling de neste 35 år. Allerede i 2007 startet Helse- og omsorgsdepartementet arbeidet med å styrke kapasitet, kompetanse og kvalitet innen demensomsorgen (Demensplanen 2015).

Undersøkelser viser at bruken av tvang er vanlig i sykehjem, og først i 2009 kom lovhjemler som regulerer bruk av tvang. Knut Engerdal, Professor i alderspsykiatri, uttaler i et intervju at *”Det brukes en god del unødvendig tvang fordi helsepersonell ikke skjønner at de utøver tvang. Tvangstiltak gjennomføres rutinemessig, og er sjelden dokumentert”*(Tidsskriftet.no).

I følge Helsetilsynet vil ansvaret for å fatte vedtak om tvungen helsehjelp innen pleie og omsorg normalt ligge til sykepleier. Tvungen helsehjelp er et risikoområde, da konsekvensen av vurderinger og avgjørelser, har stor betydning for den pasienten det angår. Uriktige avgjørelser kan medføre alvorlige følger; Enten utøves det ulovlig tvang overfor pasienten eller at pasienten med manglende samtykkekompetanse ikke får den helsehjelp som er nødvendig (Helsetilsynet.no).

Vi vil i denne oppgaven ta for oss sentrale begreper knyttet til bruk av tvang overfor pasienter med demenslidelser. Vi ser på sentrale deler av lovverket og anvendelsen av dette. Vi har et særlig fokus på Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A.

Hensikten med oppgaven har vært å tilegne oss bedre kompetanse på forhold som har betydning for bruken av tvang i demensomsorgen. Vi er to studenter som samarbeider om oppgaven som er en del av sykepleierutdanningen.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

I forbindelse med praksis innen sykepleierutdanningen har vi ved flere anledninger vært vitne til at pasienter har vært utsatt for behandling som vi vurderer kan grense til tvang. Både i sykehjemspraksis, sykehuspraksis og hjemmetjeneste har vi vært vitne til hendelser som lovverket definerer som tvang. Spesielt har vi blitt oppmerksomme på de utfordringer som ligger i pleie og stell av personer med demenslidelser, og særlig de som viser motstand. Vi har

møtt mange pasienter med demenssykdom gjennom praksis, og vi la merke til at måten man tilnærmet seg pasienten hadde stor betydning for det videre forløp.

I helsevesenet arbeider det i dag en del ufaglærte, samt at helsevesenet er i en konstant endring gjennom evidensbasert praksis. Det tar tid før ny kunnskap implementeres og tas i bruk ute i kommunehelsetjenesten, men de senere år har demensomsorgen vært et satsingsområde. Vi undrer oss over om mangelfull kompetanse og opplæring kan være noe av årsaken til bruk av tvang. Vi er av den oppfatning at økt kompetanse innen demensomsorgen vil bidra til å begrense bruk av tvang overfor pasientene. Økt kjennskap til lovverket som regulerer bruk av tvang, samt lovligheten vil bidra til å begrense denne. Økt forståelse for hvordan vi kan møte den demenssyke vil også være med å begrense bruk av tvang.

Som sykepleiestudenter ønsker vi å vinne mer kunnskap innenfor feltet demenslidelser og bruken av tvang knyttet til pasienter med demens. Vi ønsker å gjøre oss kjent med lovverket som regulerer bruk av tvang, og definisjonen av tvang. Vi vil videre se på tiltak som kan redusere bruk av tvang, herunder sykepleierens måte å kommunisere med pasienten. Vi ønsker å finne frem til gode metoder for tilnærming av demenspasienten, for på denne måten å bidra til reduksjon i bruk av tvang.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere bidra til å begrense bruk av tvang i pleie- og stellesituasjoner knyttet til pasienter med demenslidelser i sykehjem?

1.3 Avgrensning

På grunn av oppgavens omfang vil oppgaven knyttes til bruk av tvang i pleie- og stellsituasjoner. I oppgaven forholder vi oss til pasienter med diagnoser knyttet til demens. Vi har valgt å bruke sykepleier med lang erfaring fra demensomsorgen som informant. Hjemmebaserte tjenester tas ikke med i prosjektet.

1.4 Teoretisk referanseramme og oppgavens oppbygging

Vi vil benytte pensumlitteratur som er relevant for problemstillingen, samt tilleggs litteratur til prosjektet. Tilleggs litteratur vil vi søke etter i universitetets bibliotek og universitetets

nettressurser. Autonomi, brukermedvirkning, verdighet, tvang og samtykkekompetanse vil være sentrale begreper som det vil gjøres rede for i oppgaven. Sykepleierens evner innen kommunikasjon og etikk vil også stå sentralt. Også det regelverket som regulerer bruk av tvang vil gjøres rede for. Demenssykdommens patologi, utvikling og konsekvens vil være en del av prosjektet. Vi vil også beskrive teori om tillitskapende tiltak som del av oppgaven.

Opgaven består av fem hoveddeler, litteraturliste og vedlegg. Første del er innledning, med presentasjon av tema og avgrensning. Del to beskriver metoden, vi har valgt å bruke intervju og litteratur for å besvare oppgavens problemstilling. Del tre er teoridel med presentasjon av presentasjon av faglitteratur og sykepleieteori. Neste del er drøftingsdelen, der belyser problemstillingen ved hjelp av litteraturen vi har valgt og funn vi har gjort i intervjuet. Del fem er avslutningen der vi oppsummerer og konkluderer de funnene vi har gjort i oppgaven.

1.5 Begrepsavklaringer

I problemstillingen har vi valgt å bruke ordlyden ”...*reduere bruken av tvang*”. Årsaken er at vi mener det er usannsynlig at bruk av tvang helt kan forhindres.

Begrepene demenslidelser og demens har samme betydning i oppgaven. Begrepene er brukt på flere steder, og er gitt følgende mening: Sykdommen er en hjerneorganisk sykdom som kjennetegnes av nedsatt mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon (Skårderud, Haugsgjerde og Stänicke, 2010).

I oppgaven definerer vi tvang som tiltak som gjennomføres mot pasientens vilje.

2.0 Metode

2.1 Definisjonen av metode

Metoden er verktøyet vi bruker når det er noe vi ønsker å undersøke. Metoden bistår oss i innsamlingen av data. Denne dataen er viktig informasjon til vår undersøkelse. Metoden forteller oss hvordan vi går frem for å skaffe tilveie ny kunnskap. Den er også et hjelpemiddel når kunnskap skal etterprøves. Metode kan være kvantitativ eller kvalitativ (Dalland, 2007).

Kvantitativ metode brukes der en ønsker et konkret målbart resultat. En kvantitativ metode innebærer ofte omfattende undersøkelser, der svar kan påvises i tall eller prosenter. Med utgangspunkt i problemstillingen vil det ikke være aktuelt å bruke kvantitativ metode i denne oppgaven.

Kvalitativ metode tar hensyn til meninger og opplevelser som ikke lar seg måle eller tallfeste. Kvalitativ metode vil være riktig tilnærming i forhold til vår problemstilling, samt at dette til å være praktisk gjennomførbart innenfor den tidsrammen vi har til rådighet (Dalland, 2007).

Felles for disse metodene er at de bidrar til en økt forståelse av samfunnet vi lever, samt hvordan enkeltpersoner, grupper og institusjoner arbeider og samhandler (Dalland, 2007).

2.2 Intervju som metode

Til denne oppgaven har vi valgt å benytte et kvalitativt forskningsintervju. Gjennom intervjuet ønsker vi få frem nyanserte beskrivelser relatert til vår problemstilling. Intervjuet blir da basert på informantens egne erfaringer og dennes beskrivelser av disse. Det er spørsmålene som danner grunnlaget for gode svar. Vår evne til å oppfatte svarene, forstå og tolke dem er avgjørende for om informasjonen som fremkommer er til å stole på (Dalland, 2007).

Kontakten mellom intervjuer og intervjuperson er avgjørende for hvordan intervjuet utvikler seg. For intervjuer er det viktig å være en aktiv lytter, se på intervjupersonen, observer kroppsspråk og mimikk. Ofte vil det fremkomme viktig informasjon nettopp fordi en lytter og er interessert i det som fortelles. Et godt forskningsintervju kan også bidra til å gi intervjupersonen ny innsikt i egen livssituasjon, og på denne måten være både verdifullt og positivt (Dalland, 2007).

Intervjupersonen er strategisk valgt. Dette fordi vi antar at denne har opplysninger å bidra med ut fra vår problemstilling. Geriatrisk sykepleier er en fagperson med god kunnskap om det tema vi ønsker å belyse.

Vi ser det som hensiktsmessig å bruke ett ustrukturert intervju i stedet for ett intervju med faste svaralternativer. Ønsket om å forstå og formidlingen av forståelse, er viktige aspekter innen retningen kvalitativ metode. Likeledes legges det vekt på nærhet og direkte kontakt med feltet i den kvalitativt orienterte metode (Dalland, 2007).

Metoderetningen gir oss som forskere en mulighet til å gå nærmere inn i problematikken med bruk av tvang i pleie og stellesituasjoner. Av denne grunn ønsker vi å gjennomføre intervju med sykepleier som har erfaring innen demensomsorgen og eventuell bruk av tvang, samt hvordan unngå dette.

I tillegg vil vi bruke en case basert på opplysninger fra intervjuet. Formålet med bruk av case er å vise til den praksis som faktisk utøves overfor pasienter med demenslidelser. Gjennom casen kommer det tydelig frem problemstillinger som vi ønsker å bruke i oppgaven.

2.3 Intervju og datainnsamling

Jobben med forberedelser til intervjuet startet når problemstillingen var klar og denne var godkjent av veileder. Vi to studenter utarbeidet en søknad om innhenting av data til leder for den avdelingen der intervjupersonen er ansatt. Denne ble godkjent og signert av vår veileder. Etter at leder hadde innvilget vår søknad fortsatte prosessen med utarbeidelse av intervjuguide, også denne med godkjenning fra veileder. Videre kontaktet vi informant med vårt ønske om å få gjennomføre intervju med henne, samt dokumentasjon på nødvendige tillatelser.

Vi gav informant løfte om anonymitet, noe som er viktig for at vi skal kunne foreta en slik datainnsamling uten at vi kommer i konflikt med gjeldende regelverk (Dalland, 2007). Etter en kort betenkningstid fikk vi et positivt svar, og vi sørget for levering av intervjuguiden. Dette var et ønske for at informanten skulle kunne være godt forberedt før intervjuet. Samtidig avtalte vi sted og tidspunkt for gjennomføringen av intervjuet.

Vi avtalte å møte på informantens arbeidssted for at intervjuet skulle kunne gjennomføres i ordinær arbeidstid. Dagen før gjennomføring var vi i kontakt med informant for å forsikre oss

om at intervjuet kunne gjennomføres som avtalt neste dag. Vi sørget også for å avklare rollefordelingen mellom oss studenter. Den ene fortar selve intervjuet og den andre styrer opptaket, samt tar notater av omgivelser og atmosfæren under intervjuet.

Vi møtte informanten på hennes kontor til avtalt klokkeslett. Der var allerede kaffen klar og vi var ventet. Innledningsvis gikk praten i en hyggelig og uformell tone, der vi pratet om løst og fast. Før intervjuet starter sørger informant for å levere husets telefon videre til en annen sykepleier, dette for å unngå forstyrrelser under gjennomføringen. Hun sørger også for å lukke døren, samt merke døren med "Møte pågår". Kontoret er lite, informanten sitter bak kontorpulten og vi sitter foran. På denne måten oppnår vi god øyekontakt underveis. Vi innledet med å fortelle om bakgrunn og formålet med intervjuet, samt om hvorfor det var henne vi ønsket intervju med. Vi informerte om at vi ville bruke en diktafon for å ta opp intervjuet, men at opptaket skulle slettes etter at vi er ferdige med transkriberingen. Før vi startet på selve intervjuet gjennomgikk vi spørsmålene for å oppklare eventuelle uklarheter i intervjuguiden. Diktafonen var av type Sony M-430 Microcassette Recorder. Intervjuer hadde forberedt seg på ulike teknikker for å få en korrekt forståelse av informasjonen som fremkom. God tid kan være avgjørende for et godt intervju, det å drøye før neste spørsmål kan være gunstig da det ofte kommer tilleggsopplysninger. Da får også informanten tid til å fullføre sine svar (Dalland, 2007).

Gjennomføringen av intervjuet tok 40 minutter. Vi opplevde ingen forstyrrelser i intervjusituasjonen. Etterpå ble vi sittende å diskutere noe ytterligere. Vi takket for hennes tid og velvillighet til å stille for intervju, og hun tilfører at vi gjerne må ta kontakt om vi trengte tilleggsopplysninger. Hun ville være tilgjengelig på telefon.

Intervjuet ble transkribert ordrett for å kunne bruke det som datagrunnlag til denne oppgaven. Transkriberingen utgjorde totalt 11 sider. Opptaket på diktafonen ble deretter slettet.

2.4 Datainnsamling, databaser og søkeord

Vi har gjennom helsebiblioteket søkt i SveMed+ og PubMed etter litteratur som er relevant til å belyse problemstillingen vi har valgt. Vi har utført både nasjonale og internasjonale søk. Vi søkte etter fag- og forskningsartikler som er utgitt de siste 5 år.

Søkemotor	Søkeord	Antall treff
SveMed+	Demens	1621
	Demensomsorg	5
	Demens og kommunikasjon	135
	Pasientrettighetsloven	5
	Tvang og demens	18
	Coercion and dementia	12
PubMed	Dementia and communication	5646
	Coercion and dementia	43

Intervjuguiden som ble utarbeidet besto av totalt 15 hovedspørsmål, ved noen av disse var det tilleggsspørsmål. Informanten hadde på forhånd fått tilsendt spørsmålene, dette for å være forberedt. Konsekvensen av dette kan virke begrensende ved at fokus og svarene blir styrt av spørsmålsformuleringen.

Det å skulle intervju en fagperson kan være utfordrende for studenter. Språket kan bli preget av faguttrykk og dette kan gi mistolknings. Her må intervjuer sikre at informasjonen forstås riktig. Et annet moment er at intervjuet kan bli svært saklig, noe som kan føre til at informasjon om informantens livsverden blir utelatt. Å gjennomføre et intervju innenfor normalarbeidstiden eller på arbeidsplassen kan føre til forstyrrelser i gjennomføringen (Dalland, 2007).

Etter intervjuet satt vi igjen med et inntrykk av at informanten svarte godt på spørsmålene. Hun hadde god faglig innsikt og mange utfyllende svar. Hun la også til rette for at det ikke skulle oppstå forstyrrelser under intervjuet.

2.5 Presentasjon av forskningsartikler

Artikkelen ”Pleie og omsorg i grensen mellom frivillighet og tvang,” skrevet av Marit Helene Hem, Elisabeth Gjerberg, Reidar Pedersen og Reidun Førde. Publisert i Sykepleien Forskning:2010 nr 5(4):294-301.

Hensikten med artikkelen: Beskrive typiske situasjoner hvor pleie og omsorg skal gis til pasienter med demens og som motsetter seg hjelp. Artikkelen fokuserer også de grensesnittet mellom tvang og frivillighet i situasjonen hvor for eksempel stell og pleie skal gis til pasienter med demens lidelse. Videre fokuserer artikkelen på at bruk av tvang i omsorgsarbeid er utfordrende.

Vi har valgt artikkelen fordi vi mener den gir ett godt bilde av de utfordringer som ligger for pleieren i stell og pleiesituasjoner til personer med demens lidelser. Den viser at grensene mellom frivillighet og tvang kan være vanskelig å definere. Artikkelen fokuserer også på at situasjoner kan forandre seg fra å være frivillig til å bli tvangssituasjoner. Videre fokuserer artikkelen på viktigheten av refleksjon og diskusjon rundt egen praksis, noe vi også mener er vesentlige. Dette mener forfatterne på sikt kan bidra til redusert bruk av tvang mot demente som motsetter seg hjelpetiltak som stell og pleie.

Metoden er en kvalitativ metode hvor sykepleieperspektivet har fokus.

Artikkelen er basert på svar gitt under fokusgruppe intervju av 60 deltakere fra 5 sykehjem i Norge. Fokusgruppene varierte i størrelse fra 3 til 7 medlemmer, og de var i hovedsak tverrfaglig sammensatt. I gruppene var det diskutert personalets forståelse av frivillighet og tvang, hvordan situasjoner løste seg uten bruk av tvang og hvilke pleiesituasjoner som utløste bruk av tvang. Svarene fra intervjuene ble analysert i flere faser og resultatet viser at det er sannsynlig at pleiepersonalet har vansker med å definere grenselandet mellom frivillighet og tvang.

Artikkelen ”Hvordan påvirker Marte meo-veiledning personalets opplevelse av egen mestring i demensomsorgen.” skrevet av Anette Hansen og Siri Ytrehus, og publisert i Sykepleien Forskning nr 1,2011:6: 36-43

Vi har valgt artikkelen fordi vi er av en oppfatning av at personalets evne til å takle vanskelige oppgaver har betydning for omfanget av bruk av tvang. Vi legger i likhet med

forfatterne stor vekt på at gruppetrening og veiledning er viktige dimensjoner i forholdet til egen mestring av stress i vanskelige situasjoner. Videre er vi opptatt av refleksjon over egen praksis. Vi mener at undersøkelsen viser at Marte meo metoden kan bidra til økt fokus på slik refleksjon. Undersøkelsen er gjort i Norge og den er gjort som fokusgruppe intervju. Dette for å få diskusjon og synspunkter som kanskje ikke ville fremkommet med individuelle intervjuer.

Deltakere i undersøkelsen var personalet ved 2 sykehjem hvor begge sykehjemmene hadde gjennomført Marte meo. Totalt dreide det seg om 9 informanter, 4 sykepleiere fra en skjermet enhet. Disse hadde i tillegg til Marte meo gjennomgått ulike veilednings og kompetansehevende tiltak. De resterende 5 var både sykepleiere og hjelpepleiere fra en avdeling hvor en hadde pasienter med både somatiske sykdommer, psykiatrisk lidelse og personer med demens.

2.6 Ethiske aspekter

Alle person- og stedsopplysninger vil bli anonymisert i oppgaveteksten. Etter gjennomført transkribering av intervjuet ble lydopptaket slettet. Dette for at uvedkommende ikke skal få tilgang til materialet. Vi er kjent med at vi som studenter og vår veileder har ansvar for at prosjektet tilfredsstillere etiske krav (Dalland, 2008). Vi opplyste aktuell sykepleier om frivillighet i å delta, samt anledning til å trekke seg underveis i prosjektet.

Vi kan ikke se at prosjektet kan påføre deltakere noen risiko eller uforholdsmessig stor belastning. Vi vil ikke benytte personer uten samtykkekompetanse til innhenting av informasjon (Dalland, 2007).

Det foreligger ingen økonomiske interesser knyttet til prosjektet.

Som sykepleiestudenter er vi oppmerksomme på de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.

3.0 Teoridel

3.1 Demenslidelse

Ordet demens stammer fra det latinske de (uten) og mens (sjel, sinn, forstand). Oversatt til norsk blir betydningen uten forstand eller uten sjel. Bakgrunnen for betegnelsen var at demens ble forbundet med glemsomhet og sløvhet på grunn av alder. Det ble brukt ord som at ”pasienten var et tomt skall eller en levende død. Pasienten ble borte, bit for bit”. Demens ble av mange sett på som en konsekvens av aldring, og at det ikke var noe å gjøre med (Rokstad og Smedbye, 2009).

Lidelse og sykdom er en livserfaring som kommer til alle mennesker. Alle vil på et tidspunkt i livet stå overfor sykdom og smerte. Denne smerten kan være fysisk, psykisk eller åndelig. Lidelsen knyttes til den enkeltes erfaring og opplevelse av smerten. Hver og en opplever denne smerten på sin egen og unike måte. Lidelsen inntreffer når en person rammes av ulike former for smertefulle vanskeligheter. Ulike problemer kan ramme en selv eller en av sine nære: Sykdom, smerte av fysisk eller psykisk art, tap av ulik art: skilsmisse, separasjon, dødsfall, anseelse eller tap av egen integritet, selvrespekt og stolthet (Travelbee, 1999).

Ved normal aldring oppstår det forandringer som kan gi nedsatt mental kapasitet. Dette gjelder særlig hukommelsen og evnen til å reagere raskt. Det er en bred grense mellom normal aldring og demens. Hukommelsesproblemer kan påvises ved testing, uten at dette automatisk kvalifiserer til demens. Da brukes heller ord som glemsomhet eller en mild form for kognitiv svikt. Nyere behandlingsmetoder legger vekt på tidlig diagnostisering, slik at behandlingen kan starte så tidlig som mulig (Skårderud, Haugsgjerde og Stänicke, 2010).

Demens skyldes endringer i hjernen, normalt er disse endringene av kronisk eller progressiv art. Sykdommen gir reduserte funksjoner som hukommelse, tenkning, orientering, forståelse, språk, dømmekraft og læringsevne. Bevisstheten blir ikke redusert. Disse kognitive funksjonene kan også gi endret sosial adferd, emosjonell kontroll, motivasjon og personlighet. Demenssykdommer påvirker evnen til å klare seg gjennom dagliglivet. Over tid vil mange miste evnen til å ivareta egen personlig hygiene (Skårderud, Haugsgjerde og Stänicke, 2010).

Demens fører til at hjerneceller arbeider tyngre og i noen tilfeller dør. Konsekvensen er at mentaliseringsevnene svekkes. Forståelsen av egen identitet reduseres og omsorgspersoner må minne på og opprettholde identitet og selvrespekten. Evnen til å gjenkjenne personer og

objekter svekkes, samt evnen til å utføre handlinger (Skårderud, Haugsgjerde og Stänicke, 2010).

3.1.1 Demenssykdommene

Demenssykdommene kan inndeles i flere ulike typer. Mange pasienter og deres pårørende vil ha stor nytte av tidlig diagnostisering. Tidlig diagnostisering gjør at tiltak og fremtidsutsikter kan tilrettelegges for best mulige livskvalitet for både pasient og pårørende. Diagnostiseringen av demens utføres med standardiserte intervjuer, bildebruk og tester (Skårderud m.fl, 2010).

Alzheimers sykdom er den vanligste av demenssykdommene. Den rammer ca 65 prosent av pasientene med demens. Utviklingen gir en gradvis økende svikt av kognitive funksjoner. Pasienten og dennes pårørende vil ha vansker med å tidfeste når sykdommen debuterte. Svekket stedorientering og korttidshukommelse er de første tegn til sykdom. På dette tidspunktet er ofte personlighet og dømmekraft lite påvirket. Pårørende opplever ofte pasienten som nedstemt i sin sinnstemning som det første symptom på sykdom. Andre igjen kan bli trette, ukonsentrerte og tilbaketrukket. Noen sliter med å finne ordene og deres oppmerksomhet og hukommelse reduseres. Engstelse og uro er vanlig, samt at pasienten vil få vansker med å orientere seg på ukjente steder. Noen vil få en adferd preget av rastløshet, uro, forvirring, irritasjon og søvnvansker (Skårderud m.fl, 2010).

Videre utvikling vil gi pasienten afasi og vansker med å gjenkjenne ulike objekter. Apraksi er vanlig. Et eksempel her kan være pasienten som holder sin tannbørste i hånden, men som ikke forstår hvordan den skal brukes. Mange får vansker med dagliglivets funksjoner og vil derfor måtte trenge hjelp og tilsyn. Med sykdomsutviklingen vil også langtidshukommelsen rammes og andre nevrologiske symptomer vil fremtre. Pasientens gange vil påvirkes.

Derimot kan leseevnen beholdes lenge, samt evnen til å glede seg over kjente melodier. Ønsket om å være sosial og interesse for kontakt med andre kan til en viss grad bevares. Mange vil kunne klare seg i et godt kjent miljø med tilrettelegging (Skårderud, Haugsgjerde og Stänicke, 2010).

Vaskulær demens oppstår som konsekvens av hjerneblødning eller blodpropp i hjernen. Den påfølgende funksjonssvikten kan gi demenssykdom. 20-25 prosent av demensrammede har denne formen for demenssykdom (Skårderud, Haugsgjerde og Stänicke, 2010).

Alkoholisk demens oppstår som konsekvens av et langvarig og høyt alkoholkonsum. Et næringsrikt kosthold uteblir, konsekvensen blir vitaminmangel(B1, tiamin) med påfølgende hjerneblødninger. Hjerneskadene kan oppstå lokalt eller være omfattende. Et typisk trekk ved alkoholisk demens er en sammenblanding av nåtid og fortid (Hummelvold, 2012).

Frontotemporal demens er en lidelse som rammer funksjoner som sitter i frontal og temporallappene. Pasientene får personlighetsforandringer, dømmekraft og sosial intelligens reduseres. Konsekvensen kan være uakseptabel oppførsel. Denne kan føre til mangel på empati og en følelsesmessig avflatning. Språket preges av gjentakelser og senere blir språket borte. Hukommelse og orienteringsevne kan være velfungerende (Skårderud, Haugsgjerde og Stänicke, 2010).

3.1.2 Forekomsten av demenslidelser og patologi

Ca 5 prosent av eldre over 65 år vil utvikle demenssykdom. Denne forekomsten vil øke med alderen, og dermed vil det være demens blant 10 prosent av 70 åringene. Hele 20 prosent av 80 åringene har demens, og hele 30 prosent av 90 åringene. I dag er ca 70 000 mennesker rammet av demens i Norge, og dette er et tall som vil øke i takt med økt levealder. Dette tallet er stipulert til 115 000 frem mot 2040.

I 1907 beskrev Alois Alzheimer mikroskopiske forandringer i hjernens celler. Hans beskrivelse av plakk spredt rundt i hjernen og nevrofibrillære tråder inne i cellene. Dette resulterte i at signaloverføringen mellom cellene ble hemmet. Disse trådene består av tauprotein. En økt fosforylering av tauproteiner medfører skader på nervefibrene. Opphopning av plakk medfører ødeleggelse av nerveceller, som videre utløser betennelsesreaksjoner og dannelse av gliaceller. Senere vil atrofi kunne påvises som følge av nervecellenes død. Dette er forandringer som brer seg til andre områder i hjernen etter hvert som utviklingen av sykdommen brer om seg (Skårderud, Haugsgjerde og Stänicke, 2010).

3.2 Kommunikasjon og etikk

I aller enkleste form kan kommunikasjon defineres som en deling av tegn og signaler mellom to eller flere parter. Kommunikasjon betyr å gjøre noe felles, dele med en annen eller være i forbindelse med. Disse tegn og signaler – verbale eller nonverbale – skal tolkes av mottaker.

Ord som sies kan ha dobbelt betydning, være vennlige, sårende, skremmende, spydig eller humoristiske. Hvordan et møte oppleves avhenger av signalene og hvordan disse oppfattes. Denne fortolkningen danner grunnlaget for nærhet og avstand, tillit eller mistillit, konflikt eller samarbeid. Pasienter kan reagere ulikt på signalene selv om budskapet er fremsatt tydelig (Eide og Eide, 2007).

Kommunikasjon er en grunndimensjon i forholdet mellom pasient og pleier. Som fagperson må sykepleieren kunne kommunisere med pasienter i ulike livssituasjoner. Sykepleier må kunne ta imot og gi informasjon. Sykepleier må kunne forklare, forstå og trøste om nødvendig. Sykepleier skal også kommunisere med pårørende og det øvrige helseapparatet. Det vil være viktig å finne tiltak som kan gjøre kommunikasjonen best mulig, dette for å øke forståelsen mellom partene. Behovet for tydelig kommunikasjon vil være ekstra stort i møte mellom sykepleieren og den demente. Grunnsykdommen med økt behov for hjelp og den språklige svikten gir sykepleieren god grunn til å ha kommunikasjon i fokus. Gode egenskaper innen kommunikasjon vil være en forutsetning for en god demensomsorg (Rokstad og Smedbye, 2009).

En åpen og tillitsfull dialog er kjennetegn på god kommunikasjon. Forståelse gir en følelse av fellesskap med andre mennesker. Med uklar kommunikasjonen øker utryggheten, angsten og mistenksomheten. Resultatet kan da bli forvirring, uro og ensomhet.

Kommunikasjon vil også påvirkes av en pasients sanselige funksjon, særlig syn og hørsel. Det verbale og det nonverbale budskap når ikke frem, noe som gir pasienten et dobbelt handikap. Tid, tydelighet og tilrettelegging vil være faktorer som styrker denne gruppens muligheter til å forstå budskapet (Rokstad og Smebye, 2009).

Filosofen Martin Buber har fremstilt to modeller som skisse for møtet mellom 2 personer. Hvordan den ene oppfatter den andre vil være avgjørende for hvordan dette møtet blir. En jeg – det tilnærming indikerer at sykepleier ser på pasienten som en ting – uten egen forstand. Da er det sykepleieren som vet best og handler på vegne av pasienten. Konsekvensen blir at pasienten mister sin medbestemmelsesrett og sin verdighet (Rokstad og Smebye, 2009).

Ved en jeg – du tilnærming er det dialog mellom sykepleier og pasient. Sykepleieren bruker sin kjennskap til pasienten og nytter pasienten egne ressurser. Sykepleieren ser hvilke tilbakemeldinger pasienten kommer med, og bruker disse til å justere hjelpen. Sykepleieren

ser og søker å forstå pasientens verden. Hjelpen tilpasses de individuelle ønsker pasienten måtte ha. Sykepleieren har ansvaret for at samhandling etableres, og dermed ivaretas pasientens identitet og verdighet (Rokstad og Smebye, 2009).

3.3 Ethiske utfordringer for sykepleieren

Pasienten med demenslidelser vil bli mer avhengig av andre i hverdagen, noe som også innebærer at det vil være andre som tar beslutninger på vegne av han. For sykepleieren vil det være nødvendig med refleksjon rundt disse beslutningene. Ofte stilles respekten for pasientens rett til autonomi opp mot faglige hensyn. Refleksjon rundt egen praksis og egne holdninger vil være nyttig når sykepleier skal ta valg på vegne av pasienten. For sykepleieren må etikken være en del av valget og den handling som utføres. Dette vil skape en etisk delaktighet hos sykepleieren (Rokstad, 2009).

Sykepleieren har ikke anledning til å behandle pasienter på måter som fratrar pasienten sin autonomi uten at dette er hjemlet i loven (Rokstad, 2009). Dette er nærmere beskrevet i eget kapittel om lovverket.

I tilfeller der pasienten ikke har forutsetninger til å ta egne valg, vil sykepleieren måtte ta valg for pasienten. Paternalisme setter til side pasientens rett til autonomi, og det er sykepleieren som bestemmer. Sykepleieren griper inn for å forhindre at pasienten blir skadelidende ved at han handler ut fra egne ønsker. Denne inngripen stiller krav til sykepleieren om å handle i den hensikt at det er til det beste for pasienten (Rokstad, 2009).

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står følgende:

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet, og at sykepleie baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter (NSF, 2001).

I følge lovverket skal tillitskapende tiltak være prøvd før tvang kan iverksettes. Bruk av tvang skal ikke være den enkle veien for å få gjennomført tiltak. Tillitskapende tiltak skal også dokumenteres som tiltak. Tillitskapende tiltak handler om en god faglig og menneskelig tilnærming til pasienten. Også faglig dyktighet og etisk refleksjon fremheves. Gjennom overtalelse og lirking kan motstanden bli til frivillighet. Sykepleieren må få pasienten til å godta at det er det beste for pasienten å ta imot hjelpen. Om mulig er det bedre å forsøke et

samarbeid med pasienten, og videre forhandle, overtale eller handlede – dette innenfor rimelige grenser til tvang.

Kunnskaper om pasientens levde liv er nødvendig for å få til et samarbeid. Sykepleieren må la pasienten få medvirke og selv delta – ut fra pasientens egne forutsetninger. Ved å skape forutsigbarhet kan pasienten forberedes på det som kommer. Det er en årsak til at pasienten yter motstand, denne vil det være viktig å finne. Sykepleieren må søke etter omveier rundt motstanden og sørge for at pasienten får nok tid til å forstå og deretter omstille seg til å godta hjelpen (Smedbye og Haugan, 2010).

3.4 Pasient og brukerrettighetsloven

Personer uten samtykkekompetanse er ute av stand til selv å vurdere sin situasjon og konsekvenser av å nekte å motta helsehjelp. Dette kan medføre alvorlig helseskade. Kapittel 4 A gjelder for all helsehjelp, også pleie og omsorg. Formålet med regelverket er i første rekke å styrke rettsikkerheten når det ytes nødvendig helsehjelp til pasienter som motsetter seg denne. Et annet formål er å bidra til forebygging og begrenning i bruken av tvang. Målet er frivillighet.

Det er 4 vilkår som skal oppfylles før helsehjelp med tvang kan gjennomføres:

- tillitskapende tiltak må være forsøkt
- unnlattelse av å gi helsehjelp kan medføre vesentlig helseskade
- helsehjelpen må anses som nødvendig
- tvangstiltaket skal stå i forhold til behovet for helsehjelpen

Forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4 sier at helsepersonellet må være kvalifisert til å være ansvarlig for helsehjelpen som gis under tvang.

Det stilles også krav til dokumentasjon av tiltak jamfør helsepersonellovens § 39 (Smedby og Haugan, 2010).

3.4.1 Kvalitetsforskriften

Denne forskrift har som formål å sikre at personer som mottar pleie og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og eller sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.

Forskriften forplikter kommunene, enten de driver tjeneste i egen regi, eller gjennom private til å sikre at forskriften blir fulgt av alle som utfører slik tjeneste. Det skal videre gis ett helhetlig samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten. Videre heter det brukere av pleie og omsorgstjenester eventuelt pårørende eller verge medvirker ved utforming eller endring av tilbudet. Den enkelte bruker skal gis medbestemmelse i de daglige utførelsene av tjenesten.

For å løse disse oppgavene skal kommunene utarbeide skriftlige prosedyrer for å sikre at brukerne får tilfredstilt grunnleggende behov.

3.5 Brukermedvirkning i demensomsorgen

God personkunnskap er nødvendig for at sykepleieren skal kunne forstå og tolke den demente pasienten. Kunnskaper om den dementes ønsker og behov vil være et godt utgangspunkt for å kunne hjelpe og gi omsorg på pasientens egne premisser. Personkunnskap gjør det mulig å legge til rette for en meningsfull og stimulerende hverdag for den enkelte pasient.

Personkunnskap tilfører ”klosser” der en kan støtte opp om pasientens identitet. Pårørende eller andre med kjennskap til pasienten er viktige bidragsytere når pasienten selv ikke kan formidle sin bakgrunn. Et godt samarbeid med pårørende vil være nødvendig for å sikre brukermedvirkning i demensomsorgen (Rokstad og Smebye, 2009).

Pasientens rett til autonomi og selvråderett utfordres ved utvikling av demenssykdom. Tidlig i sykdomsforløpet kan pasienten ha egne ønsker for hvordan det skal tilrettelegges i senere faser av sykdommen. Dette er ønsker som kan være til hjelp når beslutninger må tas av andre enn pasienten selv (Rokstad og Smebye, 2009).

3.5.1 Trygghet i pasientperspektiv

For en person med alvorlig demenslidelse kan virkeligheten oppfattes som kaotisk og truende. Dette har sammenheng med at evnen til å oppfatte situasjoner er redusert. I den oppfattede

virkelighet er pasienten sårbar for hvordan han møtes av sykepleieren, og en tillitsfull og vennlig tone blir viktig. Utrygghet og angst kan dempes med et smil og et engasjerende kroppsspråk. Når pasienten føler trygghet og tillitt, så vi også evnen til samhandling fra pasienten styrkes. Tonen i stemmen og tempoet i handlingen er adferd som demente er sårbare/følsomme overfor (Rokstad og Smedbye, 2008).

3.6 Case

Denne case er laget ut fra opplysninger som fremkom under intervjuet. Navnet på pasienten er fiktivt.

Inga er en kvinne på 70 år. For noen måneder siden fikk hun plass på ett sykehjem som er tilpasset pasienter med demenslidelser. Hennes demenslidelse er av alvorlig grad og hun har ingen mulighet til å klare seg alene. Hennes pårørende maktet ikke lenger å ta seg av henne i hjemmet. Hennes demenssykdom har forverret seg raskt det siste året og hennes måte å kommunisere på har gått fra hele sammenhengende setninger til nesten bare enkelte ord. Hennes personlige hygiene har blitt stadig vanskeligere å ivareta, og pleierne opplever ofte at hun nekter å motta hjelp til stell og pleie. Inga var tidligere opptatt av alltid å være velstelt, hun var påpasselig med både hår og makeup. Klærne var alltid rene og pene. I hennes tidligere jobb var det også viktig å fremstå som representativ. Inga har i den senere tiden blitt stadig mindre interessert i å bidra under stell og pleie, i stedet er dette noe hun sterkt motsetter seg. Hun sier ofte ja til stell og reiser seg for å gå til badet. Imidlertid hender det ofte at hun bare setter seg ned og nekter å stelle seg. Videre nekter hun å motta hjelp fra personalet.

For å ivareta Ingas personlige hygiene har nå avdelingen, i samråd med ektefellen, bestemt at hun skal dusjes hver tirsdag. Under denne situasjonen setter hun seg kraftig til motverge og hele 3 pleiere må til for å dusje henne. Det er på forhånd forsøkt å informere om det som skal skje, men til liten eller ingen nytte. Dermed setter hun seg ned og viser tydelig med kroppsspråk at dette er noe hun ikke vil. Hun viser tydelig motstand. Pleierne gjennomfører likevel dusjing som planlagt.

3.7 Sykepleievitenskapelig teori

Som sykepleietoretiker ønsker vi å bruke Joyce Travelbees teori som bygger på de mellommenneskelige forhold i sykepleien. Kommunikasjon og samhandling mellom sykepleier og pasient er vesentlige i hennes teori. Vi anser hennes teori som relevant i forhold til oppgavens problemstilling.

Vi har valgt å bruke Joyce Travelbee sin omsorgsteori da vi mener den vil kunne bidra med viktige aspekter for å unngå tvang i stell og pleiesituasjoner. I likhet med funn i vår studie, mener vi at det er avgjørende å skape trygge og gode mellommenneskelige relasjoner og her vil kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier være veldig viktig.

Travelbees omsorgsteori bygger på viktige begreper innen sykepleierens metoder. Hovedprinsippene bygger på etablering av ett menneske til menneske forhold, kommunikasjon, det å bruke seg selv terapeutisk, samt en målrettet intellektuell tilnærming. Omsorgsteorien til Joyce Travelbee er tuftet på menneskets egenart som individ. Hun viste til at menneskene på samme tid er både like og ulike hverandre. Likeledes at mennesker gjennom hele livet er i utvikling og endring, eller i vekst som hun betegnet det. Hennes omsorgsteori var alltid opptatt av at sykepleie handler om mennesker, både som pasient sykepleier og pårørende. Travelbees grunnsyn var at sykepleie er en:

”Mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene.” (Travelbee 1999:17).

Dette vil si at sykepleieprosessen direkte eller indirekte omhandler mennesker. Hun mente at alle mennesker som sykepleieren treffer og som har bruk for sykepleierens tjenester bidrar til disse prosessene. Likeledes mente hun at sykepleiesituasjoner er basert på erfaringer, de er dynamisk og flytende og alltid under utvikling og tilblivelse.

Travelbee var også tydelig på at sykepleieren alltid hjelper andre. Enten det er den enkelte pasient eller familien som har behov for hjelp, så hjelper man alltid. Dette for å gi direkte hjelp eller bistand. Travelbee så dette som en prosess gjennom fem stadier som i korthet kan sammenfattes slik:

Det innledende møtet - Travelbee var tydelig på at ansvaret for etablering av kontakten i det første møtet ligger hos sykepleieren. Oppgavene i denne fase vil være å se pasienten som individ og kommunisere sin opplevelse som sykepleier. Her mener Travelbee at tidligere

erfaringer og begge sine førsteinntrykk vil prege fasen, og at alle former for forutforståelse angående pasienten må settes til side.

Fremvekst av identiteter - Det etableres bånd mellom sykepleier og pasient og rollene går fra å være sykepleier-pasient rolle til mennesker hvor deres identiteter kommer til syne for hverandre. I dette legger Travelbee at sykepleierens oppgave er bevisstgjøring på hvordan man oppfatter pasienten og anerkjenning av pasienten som selvstendig menneske uavhengig av rolleforventinger.

Empati - Empatisk forståelse for pasienten mener Travelbee er en av forutsetningene for god sykepleie, selv om hun mener at empati alene ikke er tilstrekkelig for dette. Hun definerte empati som en evne til å ta del i eller forstå ett annet individs aktuelle psykologiske tilstand. Selv om hun mente dette var viktige aspekter så hun det like viktig at en som sykepleier ikke skulle tenke eller føle som pasienten. Hun hevder også at dersom man har empatisk forståelse vil det kunne følge med en verdivurdering av den andre personen, noe hun mente man burde unngå. Hun mente også at man som sykepleier måtte prøve å bli bevisst på sine egne verdivurderinger av pasienten, for deretter bestemme seg hvordan man vil handle ut fra det.

Sympati - Omhandler bevegelsen fra empati og mot sympati. Travelbee sin definisjon på sympati i sykepleiesituasjoner er en måte å tenke på eller personlig interesse og omtanke for pasienten. Sympatien kommer av et ønske om å hjelpe pasienten fordi den er ett menneske og ikke fordi det forventes av sykepleieren. I følge Travelbee har ønsket og trangen til å hjelpe pasienten vokst frem gjennom den empatiske prosess.

Gjensidig forståelse og kontakt - I denne fasen som Travelbee har kalt *the phase of rapport* (Travelbee, 1971) hevder hun at det er skapt en forbindelse eller sympatisk relasjon. Denne er oppstått som en følge av de fire første fasene. Hun beskriver fasen som prosess som oppleves som meningsfull og viktig både for sykepleieren og pasienten. I denne fasen mener Travelbee at menneske til menneske forholdet som hun ser som selve grunnlaget for å oppfylle sykepleiers formål er realisert.

Hun hadde en meget klar holdning til viktigheten av det enkeltstående individ og likte ikke betegnelser som sykepleier og pasient. Hun mente dette kunne gi for ensartede rolleoppfattninger som ikke ga rom for individets egenart (Eide og Eide 2008).

3.8 Funn av forhold som har betydning for bruken av tvang

Rutinene i avdelingen har betydning for hvordan hverdagen for pasientene påvirkes. Mange av de daglige gjøremål blir lagt slik at de passer inn med de styrende rutiner som for eksempel matrutinene ved avdelingen. Dette kommer klart frem i intervjuet gjennom direkte utsagn fra informanten. Blant annet sier informanten at på tirsdager er de flere på jobb og da dusjer Inga enten hun gjør motstand eller ei.

Informanten er tydelig på at personalets atferd mot pasientene kan bidra til redusert bruk av tvang. Personalets atferd kan også være av krenkende art og derved bidra til at stell og pleiesituasjoner går fra å være frivillige til at personalet bruker tvang for å ivareta den personlige hygiene til pasientene.

Informasjon og kunnskap om den enkelte vil ha betydning for hvordan personalet ser det enkelte mennesket og ikke bare en person med en diagnose. Størst mulig grad av kunnskap om den enkeltes levde liv gir andre dimensjoner for hvordan personalet kan nærme seg pasienten på pasientens premisser.

Bruk av faglærte som har god kjennskap til pasientene og rette holdninger reduserer faren for bruk av tvang.

Refleksjon over egen praksis med henblikk på læring og forbedring er en kontinuerlig prosess som medvirker til redusert bruk av tvang i stell og pleiesituasjoner.

Stabile og rolige omgivelser fylt med sang og andre gjenkjennbare aktiviteter viser seg å ha positive virkninger på pasientenes adferd generelt. Brukermedvirkning fra pasienten i oppgavene oppgis også som metode for å redusere bruk av tvang.

Tilrettelegging av omgivelsene er et bidrag til mestring for pasienter med demenslidelser. Gjennom tilrettelegging fokuseres det på de gjenværende ressurser hos pasienten. Pasientens kognitive og motoriske funksjonsnivå kartlegges, deretter legges aktiviteter opp til at disse lar seg mestre. Tilrettelegging av det fysiske miljø vil kunne kompensere for pasientens reduserte funksjonsevne (Rokstad og Smebye, 2009).

4.0 Drøfting av funn

4.1 Rutinene i avdelingen

I forhold til rutinene ved sykehjemmet hevdes det at sykehjemmets rutiner styrer mye av de daglige gjøremål. Informanten forteller; *”vi har en bemanning og vi har rutiner og vi klarer ikke å få til stell og pleie av Inga bestandig, derfor har vi i samråd med pasientens mann bestemt at på tirsdager dusjer Inga enten hun vil eller ikke.”* Vedkommende begrunner dette med manglende bemanning andre dager. Inga er i samråd med pårørende vurdert til ikke å ha samtykkekompetanse i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 4 A. Det er her verdt å merke seg at bestemmelsene rundt helsehjelp til personer som motsetter seg slik hjelp ikke er å åpne for bruk av tvang, men å forebygge og begrense bruken av den. I bestemmelsene om bruk av tvang, som kom i 2009 er det vist til at adgangen til å yte helsehjelp til pasienter som motsetter seg ikke var ment å skulle løse resurs og bemanningsbehov i helsetjenesten (Engedal og Haugen, 2009).

I et intervju gitt til Tidsskrift for den Norske Lægeforening i 2002 forteller Professor Knut Engedal at bemanningsfaktoren gir lite utslag i bruk av tvang (Tidsskriftet.no). Han mente da at holdningene til den enkelte er viktig faktor hvorvidt tvang tas i bruk. Informanten viser til at de ikke *”tar henne dersom hun er helt oppunder taket, for da hjelper det ikke hva vi gjør. Dersom pasienten er i en slik tilstand venter de til en annen dag eller litt senere på dagen.”* Dette utsagnet tolker vi til at det er mulig å gjøre stellet til andre tider og at en ikke er så prisgitt rutiner som vi i utgangspunktet fikk inntrykk av. Videre forteller informanten at; *”Pleierne synes det er helt tragisk at de ikke får hjulpet henne, og de tror at hun liker å se velstelt og ordentlig ut siden hun alltid har sett slik ut.”* Informanten forteller også at pleierne *”ikke ser forandringer på Inga sitt humør enten hun er møkkete eller ikke, men vi og mannen hennes vil jo at hun skal se bra ut og ha en verdighet. Og så går vi inn med 3 mennesker og gjør stellet raskt og effektivt på best mulig måte.”* Hva med pasientens verdighetsfølelse når tre personer tar Inga i dusjen for *”å gjøre stellet raskt og effektivt.”* Vår oppfattelse er at dette kan minne om *”spyling”*.

I artikkelen *”Pleie og omsorg i grenseland mellom frivillighet og tvang, 2010”* vises det til eksempler som er karakterisert som spyling av pasienter. Situasjonen til Inga er ikke forskjellig fra flere av eksemplene i denne studien. Det vises i studien til at pleierne sin

forståelse av seg selv som omsorgspersoner skal sørge for at verdighetsprinsippet blir ivaretatt. I verdighetsprinsippet legger pleierne til grunn at pasientene skal være rene og pene og ha ett ytre preget av ivaretagelse. Studien viser at det er vanskelig å definere hva som er tvang og frivillighet, noe også utsagnet til informanten hentyder (Hem m.fl 2010). Vedkommende uttalelse *"pr definisjon er det ikke tvang om de sier ja"* bekrefter for oss at det kan se ut som om grensene er tøyelige. Videre forteller informanten at *"det er viktig å vite hva en har lov til og hva en ikke har lov til å gjøre så slapper en litt av"*. Vi har merket oss at Inga, som er en fysisk oppegående dame, men har en alvorlig grad av demens, sier ja til å bli dusjet i utgangspunktet, men *"når det kommer til stykket så setter hun seg i mot"* i følge informanten. Vår undring blir da om det fra personalet blir oppfattet som frivillighet eller som tvang å dusje henne med tre pleiere samtidig? Vi vet ingenting om hvordan pleierne oppfatter dette, men vi ser at situasjoner kan forandre seg fra å være frivillighet til bruk av tvang. Spesielt dersom holdningene er *"å få jobben gjort."* Vi spør oss om hvordan har de prøvd å skape en trygg atmosfære? Bruker de en åpen og tillitsfull kommunikasjon, der det verbale og nonverbale budskap stemmer overens? Med rikelig tid, tydelighet og tilrettelegging slik at hun forstår budskapet (Rokstad og Smedby, 2009).

I en artikkel publisert i Sykepleien Forskning viser Engedal til at ledelsesstrukturene i avdelingene kan ha betydning av omsorgskulturen sine utviklingsmuligheter i avdelinger for pasienter med demenslidelse. Engedal viser til at det kan stilles spørsmål angående forvaltningen av kunnskap på den enkelte arbeidsplass (Engedal, 2013).

Dersom man ser på situasjonen ved sykehjemmet hvor Inga var pasient merket vi oss følgende utsagn. På spørsmål om hvilke rutiner og prosedyrer avdelingen har i forhold til å sikre de grunnleggende behov svarer informanten følgende. *"Nå ble jeg litt usikker, vi har prosedyrer som den tidligere enhetsleder har laga for mange år siden. Det skal være i den prosedyrepermen."* I forhold til vedtak om bruk av tvang for å sikre de grunnleggende behov svarer informanten *"Jo det er det man alltid kan bli bedre på, men vi skriver når det er noen som setter seg i mot:"* Videre forteller hun at *"Vi vet jo om noen setter seg i mot for det er en liten avdeling, så snakker vi sammen, både på husmøter og personalmøter en gang i måneden."* Informanten forteller også *"vi snakker om hva vi kan gjøre og hva vi har prøvd å gjøre for å hindre bruk av tvang. Vi prøver hvordan vi kan hjelpe pasienten uten at vi må gjøre noe mot pasienten som den ikke vil. Og dersom vi har prøvd alt dette og det fortsatt ikke går å hjelpe pasienten uten tvang så skriver vi vedtak etter brukerrettighetslovens § 4A"*. Her

viser informanten etter vår oppfattning ”gode” holdningene til styringssystemer og dokumentasjon som redskap for å unngå bruk av tvang, noe som Engedal mener er en viktig faktor for å redusere bruk av tvang mot pasienter som motsetter seg helsehjelp (Engedal 2013).

Pleiepersonalet sine holdninger til å redusere bruk av tvang syns vi fremkommer i informantens utsagn ”*Avdelingssykepleieren ønsker intern opplæring og vi har hatt en seanse med lovverket og vi holder på hele tiden, men det er jo noen som ikke får dette med seg av ulike årsaker. Vi arbeider hele tiden med faglig påfyll.*” Informanten forteller også at de for eksempel har hatt opplæring i hvordan ”*Det å ta nattkjolen på kan være tvang.*”

Videre forteller informanten at ”*Vi snakker på husmøtene om årsaker til at pasienten ikke vil ha på nattkjole.*” Dette mener vi kan underbygge at rutineene ved avdelingen er tuftet på gode holdninger, ”god” kommunikasjon og kjennskap til pasientens liv.

4.2 Atferd og krenkelse

Gjennom casen ser vi at Inga ble dusjet av tre pleiere til tross for at hun satte seg ned og viste med kroppsspråket at hun ikke ville dusje. Videre viste hun tydelig motstand. Hvorfor dusjingen ble gjennomført til tross for dette vites ikke. Imidlertid ser vi at situasjonen ikke er unik for avdelingen. Forskning viser at situasjoner som innebærer dusjing er oppgitt som den pleiesituasjon som tydeligst viser problematferd (Mæland, Joa og Testad, 2013). Artikkelen viser at bruk av tvang er hyppig brukt under dusjing og påkledning av personer med demenslidelser. Vi merker oss informantens utsagn om at; ”*Vi gjør stellet raskt, effektivt og på best mulig måte*” som ett uttrykk for at pleierne anser dette for det beste for Inga til tross for at den kan minne om ”spyling”.

I en studie gjengitt i Sykepleien forskning vises det til at det kan være vanskelig å hjelpe personer med demens i personlig stell (Hem m. fl, 2010). Dette fremkommer også i vårt intervju hvor informanten uttaler; ”*Dette skulle jeg tenkt på før og ikke bare skrevet vedtak og kjørt på.*” Informanten forteller at forholdet til ”*de faglige kriterier*” ble vektlagt. Videre i prosessen blir informanten observant på at ”*de menneskelige aspekter også må få en plass i vurderingene hvorvidt tvang skal brukes.*” Pleiernes holdninger til pasienter med demens blir i en studie hevdet å ha stor betydning i forhold til bruken av tvang blant pleiere (Engedal m.fl, 2002). Irene Dahl Andersen sier at varme og omsorg er noe man deler ut til bestemte tider

(Solheim, 2009). Begrepet varme og omsorg må kombineres med teoretiske og praktiske ferdigheter for å sikre kyndig praksis, varme og omsorg alene mente hun ikke var nok alene. Videre mente hun at kvaliteten på sykepleien i stor grad avgjøres på måten sykepleieren samhandler med personer med demens (Solheim, 2009).

Informanten forteller om episoder hvor *"En i ettetid tenker at dette ble helt feil, og at jeg egentlig skulle gått uten tur, pusta litt for meg selv i stedet for å bli irritert, for det hjelper jo ingen ting. Det er bare å gå ut å puste litt ut, for så å gå inn igjen eller få en annen til å prøve."* Dette sammenfaller med de funn som er gjort i studien i I grenseland mellom tvang og frivillighet (Hem 2010). I denne studien vises det til at pleierne med forskjellige lokk og lur metoder får til det nødvendige stell og pleie uten at det fører til motstand fra pasientene. Studien antyder at det trolig ligger mye godt relasjonsarbeid, hvor forhandlinger og forklaringer er viktige for å få til dette arbeidet. I det enkelte møtet mellom sykepleieren og pasienten påvirker de hverandre gjensidig i en stadig prosess og forandring skjer som resultat av den enes påvirkning på den andre (Travelbee,2001:30).

Videre vises det til at pleierne har omsorgsmakt og det trekkes sammenligninger mellom makt og det *"å makte"*. Pleierne i studien bruker begrepet *"å makte"* og holde ut motstand og avvísninger i pleiesituasjoner som oppleves krevende. Dette viser at pleierne tar pasientens perspektiv, de er nærværende og vennlige på samme tid som de er tålmodige og handlingsorienterte (Hem m.fl 2010). Dette stemmer med det som Travelbee sier en av forutsetningene for god sykepleie, empati. Det å ta del i, og forstå et annet individ aktuelle psykologiske tilstand (Eide og Eide 2008).

Videre forteller informanten at *"Jeg synes det meste løser seg bare man prater om det og man blir enige om hva man skal prøve, og så får man det til"* Informanten forteller; *"noen ganger får vi det til uten at jeg kan fortelle nøyaktig hva det var. Det kan være en småting og så er det noen som har ett eller annet ved seg som gjør at ting løser seg."* Vi undrer oss da på om dette *"et eller annet ved seg"* kan være holdninger, både i forhold til seg selv og til pasienten? Holdninger blir betegnet som viktig faktor for å unngå bruk av tvang av Engedal 2013. Videre forteller informanten; *"det er mye i måten man prater på som avgjør om ting går greit."* Informanten er tydelig på at kjemien mellom pleier og pasient har betydning for samhandlingen dem imellom. *"Det er litt sånn menneskelige greier hvor noen har en varsom type fremferd og den tryggheten og følelsen av connection tror jeg er viktig"*. Informanten

forteller at "de som utstråler ro og trygghet på en ordentlig måte får dette godt til. Klarer de i tillegg å trykke på knappene som gjør at dette føles rett, behagelig og ikke truende så lykkes de i større grad." Vår oppfatning er at dette stemmer med de studier som er gjort (Engedal, 2002).

Det blir fokusert på mennesket bak sykdommen, på personen og sammenhengen mellom disse og sett mer bort fra selve sykdommen (Rokstad og Smedby, 2008). Her vises det også til at det kan forekomme negative og destruktive holdninger blant personalet i demensomsorgen. Holdningene til personalet kan formes fordi demens ser ut til å skremme da det skaper assosiasjoner til svikt og forfall (Rokstad og Smedby, 2008:92). Holdningene mener man kan komme til syne gjennom vår kommunikasjon med pasienten. Det vises også til at risikoen for negative elementer i holdningen til pasienten øker dersom man blir slitne og utbrente (Rokstad og Smedby, 2008:92) Åpenhet og bevisstgjøring av sine egne holdninger kan være viktige faktorer i arbeidet. Videre stemmer utsagnet fra informanten angående "connection" med pasienten. De grunnleggende forutsetninger for god kommunikasjon er empati, respekt og en positiv holdning til den man skal kommunisere med (Rokstad og Smedby, 2008:92-93). Respekt er og ikke sette betingelser for vår interesse som pleier, men godta pasienten slik den er. Empatien er hovedverktøyet for å forstå pasienten. I dette ligger det imøtekommenhet og vilje til å sette seg inn i pasientens opplevelser, enten det er emosjonelt eller kognitivt. Gjennom å lytte til pasienten uten sensur og moralske vurderinger bidrar vi til å bekrefte og styrke pasientens opplevelser. Sykepleie er en mellommenneskelig prosess fordi det alltid, direkte eller indirekte dreier seg om mennesker (Travelbee,2001:29).

Balanse mellom nærhet og avstand er en forutsetning for ikke å overta opplevelsen til pasienten, men la pasienten være eksperten på egen opplevelse (Rokstad og Smedby, 2008:93).

4.3 Det levde liv

For å forstå hvorfor personer med demenslidelse reagerer som de gjør er det nødvendig med en bred innfallsvinkel. Det er oftest flere årsaker som gjør at pasienter reagerer negativt under stell og pleie. Bakgrunnen til at de reagerer negativt er ofte sammensatt. Flere forhold må vurderes og et godt kjennskap til personen bak demenslidelsen er viktig. Dette i tillegg til

pasientens reaksjon på sykdom og livssituasjon. Som sykepleier må man også kjenne til omgivelsens reaksjon og forståelse (Rokstad, 2009).

Informanten forteller; *"det er viktig å kjenne pasienten for å unngå tvang"* Inga har i voksen alder alltid sett ren, pen og velstelt ut og med det som baktanke *"tror personalet at hun liker å se velstelt og ordentlig ut."* Vedkommende forteller også at *"jeg må vite hva den enkelte liker og ikke liker og hvordan ting har vært gjort før."* Kjennskap til pasientens levde liv er i følge informanten viktig for å *"lete etter metodene som gjør at man får ting til uten bruk av tvang."* Fra informantens side blir det gitt ett eksempel hvor mannen i huset alltid har pusset tennene sammen med kona. Dersom pasienten ikke ønsker å pusse tennene uttaler informanten *"hadde vi visst dette på forhånd så kunne vi pusset tennene sammen med pasienten."* I studien til Hem, mfl, 2010, vises det til at konflikt og uro kan ha sammenheng med pasientens forvirring og hjelpeløshet. I tillegg viser studien at måten hjelpen blir gitt på kan være annerledes enn det pasienten tidligere har vært vant til. For og illustrerer dette viser undersøkelsen til at de fleste mennesker er i dag vant til å gå på toalettet, stelle seg selv og kle på seg. Derfor kan det oppleves som om deres personlige rom blir invadert dersom det kommer flere pleiere inn for å hjelpe til i stell og pleiesituasjoner. Dermed kan pasientene bli engstelige, de kan bli forvirret og de kan føle seg truet. Informanten forteller *"jeg vet at fra før hun ble syk likte ikke hun dama høye lyder, og da må jeg nesten hviske siden jeg snakker ganske høyt."* Vi syns det ligger ganske mye i dette utsagnet og det viser for oss at holdningene til Inga sitt tidligere liv er tatt verdsatt.

4.4 Kompetanse

Informanten forteller; *"jeg må kunne noe om det faglige, hva som er bra og hva som ikke er bra, noen ufaglærte gjør så godt de kan, mens noen bare presser på. Jeg tror det kommer av at de ikke tenker gjennom hvorfor ting blir som de blir. Derfor mener jeg at det er viktig at det faglige er godt forankret, både når det gjelder lover og regler. Opplæring i refleksjon over egne handlinger er også viktig. Lovverket er en del av det faglige men det er også viktig å få opplæring i hva som er viktig for den enkelte pasient. Marte meo metoden er delvis gjennomført gjennom."*

Informantens opplysninger om hva de ser som viktige sammenfaller med den litteratur vi har funnet på området. Refleksjonen gjøres systematisk gjennom å se på opptak gjort av situasjoner

for videre og reflektere sammen med andre over situasjonen som er tatt opp. *Sykepleieren har forandring som et vesentlig anliggende, og i en viss forstand kan vi si at hun uopphørlig søker å forandre eller påvirke andre* (Travelbee,2001:30).

Utvikling av kunnskap innen demensomsorg vil i praksis forutsette refleksjon over handlingen vi utfører når vi møter pasienten. Schön beskriver refleksjon som behovet for å tenke når en handler, og han deler inn kunnskap i tre nivåer: *viten-i-handling, refleksjon-i-handling og refleksjon over handling* (Rokstad og Smedby, 2008:340).

Utviklingen av kompetanse for personalgrupper som jobber med mennesker med demens lidelser fordrer at det tilrettelegges for tilegning av faktakunnskap om demens. Likeledes må personalet gis mulighet til å lære seg praktiske ferdigheter og tid til å reflektere over samhandlingen med pasientene (Rokstad og Smedby, 2008:341). For å lykkes i å redusere bruken av tvang må det skapes en felles kultur for personsentrert omsorg, hvor personalet deler de samme verdier, holdninger og normer (Rokstad og Smeby, 2008:342).

4.5 Miljøtiltak og demensomsorg

På spørsmål om hva informantene mener er gode miljøtiltak svarer vedkommende ” *god tid, sang og høy bemanning som gjør at man har tid til å ta vare på den enkelte, det handler om å synge litt. By på en kopp kaffe, ikke stille spørsmål, forutsigbare rammer og tilpassede boenheter.*” Uttalelsen sier oss mye, den virker reflektert og den sier noe om hva som virker for de pasientene som er ved avdelingen.

Miljøtiltak har som mål å redusere negative følger av demenslidelsen. Personer med demens kan oppleve seg som mislykkede og verdiløse. Hovedmålsettingen med miljøtiltak er å knytte kontakt mellom den opplevde virkelighet personen med demens befinner seg i og omgivelsenes objektive verden. Hukommelses sporet til personer med demenslidelser er best bevart knyttet til liv og hendelser som ligger langt tilbake i tid, og innfallsporten til miljøbehandling ligger her. Fortiden kan ha en trygghet og være en bekreftelse på hvem er pasienten egentlig. Basen i fortiden kan være utgangspunktet for andre å få kontakt (Engedal og Haugen, 2008).

Slik kontakt kan knyttes gjennom å tilby oversiktlige og trygge omgivelser, med ett begrenset og stabilt antall personale og beboere. Man bør også legge opp til aktiviteter og stimulering

som bygger på pasientens tidligere interesser og erfaringer, samt unngå stimulering som virker uforståelig og forvirrende. Videre øke muligheten til samvær og samhandling med andre, samt igangsette tiltak som gir økt mulighet til å leve og fungere i miljø som er mest mulig normalt og med så vanlige betingelser som mulig (Engedal og Haugen, 2008).

5.0 Avslutning

I arbeidet med oppgaven har vi funnet at holdninger og engasjement til sykepleieutøvelsen er styrende for sykepleie. Ledelsesstrukturene i avdelingene tillegges betydning for utvikling av omsorgskulturen i avdelingene. Omsorgskulturen med gode holdninger til styringssystem og dokumentasjon ser ut til å ha betydning for å redusere bruk av tvang til personer som motsetter seg helsehjelp. Gjennom gode opplæringsrutiner, både juridisk og annen faglig påbygging kan bidra til å redusere bruken av tvang.

Vi har også funnet at sykepleierens holdning til pasienten har betydning. For å minimalisere bruken av tvang må det menneskelige aspekter med varm omsorg og kyndig praksis, ha en stor plass i samhandlingen med pasienten. I samhandling er kommunikasjon mellom sykepleier og pasient viktige faktorer, hvor både positive og negative holdninger kommer til syne. En stabil bemanning som ser betydningen av å bruke tilstrekkelig tid i møte med den demente og aktiviserer med gjenkjennbare aktiviteter, kan være med på å skape trygge rammer.

Videre har vi funnet at kjennskap til pasientens levde liv kan være nøkkelen som åpner for god kommunikasjon. På den måten kan sykepleieren samhandle med den demente, og gjennom tillitskapende tiltak finne metodene som gjør det mulig å få gjennomført pleie og stell uten bruk av tvang. De tidligere rutinene til pasienten kan være veldig ulike rutinene på sykehjem og derved kan de bidra til forvirring og angst. Gjennom arbeidet med oppgaven fant vi også at små tilpassede boenheter med faste rammer ser ut til å redusere bruk av tvang da det fører til mindre stress og angst.

Vi fant også at god kompetanse på sykepleienivå fordrer at sykepleieren reflekterer over egen praksis og samhandlingen med pasient. På den måten kan man bidra til en økt bevisstgjøring i hvilke holdninger som fremmer og hvilke som hemmer samhandlingen.

Til sist og kanskje det viktigste funnet. Målet er ikke å gjøre tvang lovlig, men å tilstrebe frivillighet.

6.0 Litteraturliste

6.1 Pensumlitteratur

Blix og Breivik (2006). *Basisbok i sykepleie – om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforlaget

Dalland, Olav (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 4. Utgave 2007, 3. Opplag 2008

Eide og Eide (2008) *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Helse- og omsorgsdepartementet, Pasient- og brukerrettighetsloven (1999).

<http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html> Lastet 24.10.13 kl 10:33

Magelssen, Ragnhild (2008). *Kultur sensitivitet – om å finne likehetene i forskjellen*. Oslo, Akribe forlag AS

Norsk sykepleierforbund (2001).

<https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/304808/Yrkesetiske%20retningslinjer.pdf> Lastet 20.10.13 kl 10:01

Skåredrud, Haugsgjerd og Stanicke (2010). *Psykatrieboken*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

6.2 Selvvalgt litteratur

Engedal, Eek, Kirkevold og Nygård (2002).

<http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=2054> Lastet 24.10.13. kl 20:57.

56 sider

Engedal og Haugen (2009). *Lærebok, Demens, fakta og utfordringer*. Tønsberg, Forlaget Aldring og helse. 400 sider

Engedal, Knut (2013). *God demensomsorg handler om ledelse*. Sykepleien forskning 2013, utgave 8. 348 sider

Hansen og Ytrehus (2011).

<http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/634636/hvordan-pavirker-marte-meo-veiledning-personalets-opplevelse-av-egen-mestring-i-demensomsorgen?> Lastet 22.10.13 kl 20:36. 6 sider

Helse- og omsorgsdepartementet,

http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan_2015/Demensplan2015.pdf,
Lastet 10.09.13. kl 15:17. 8 sider

Helsetilsynet 2013,

<http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Buskerud/2013/Modum-kommune-tvungen-helsehjelp-Modumheimen--2013/> Lastet 04.09.13. kl 17:22. 10 sider

Hem, Gjerberg, Pedersen og Førde (2010). *Pleie og omsorg i grensen mellom frivillighet og tvang*. Sykepleien forskning 2010, utgave 5. 7 sider

Hummelvold, Jan Kåre (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 15 sider

Kvalitetsforskriften, <http://www.lovdatabank.no/for/sf/ho/xo-20030627-0792.html> Lastet 21.10.13 kl 16:16. 1 side

Mæland, Joa, Testad (2013).

<http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/1258206/agitasjon-og-funksjon-i-stell.-forekomst-og-samanheng-hos-personar-med-demens> Lastet 21.10.13 kl 21:51. 7 sider

Rokstad, Anne-Marie (2009). *Adferdsendringer hos personer med demens*. Tønsberg, Forlaget Aldring og helse. 22 sider

Rokstad og Smedbye (2008). *Personer med demens, møte og samhandling*. Oslo: Akribe AS. 16 sider

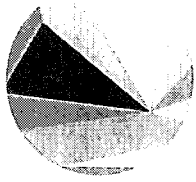
Solheim, Kirsti (2009). *Demensomsorgens ABC*, Tønsberg, Forlaget Aldring og helse. 12 sider

Smedbye og Haugan (2010). *Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens*. Geriatrisk sykepleie. Årgang 2, nummer 1. 5 sider

Tidsskrift for Den norske lægeforening (2002). <http://tidsskriftet.no/article/608157> Lastet 18.10.13. kl 21:13. 1 side

Travelbee, Joyce (1999). *Mellommenneskelig forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 6. Opplag 2011. 260 sider

Totalt antall sider selvvalgt litteratur 1158.



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 / taglig leder _____

Som ledd i arbeidet med

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

søker:

Student: _____

Bachelor i sykepleie:

Studiested: _____

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 sykepleieren bidra til å begrense bruk av tvang i pleie- og stell situasjoner knyttet til pasienter med demenslidelser?

Opplamninger som fremkommer i intervjuet vil bli brukt i studentenes bacheloroppgave.

Metode v/ datainnsamlingen: _____

Intervju

Respondenter / intervjupersoner: _____

Hjelpemidler til bruk v/ datasamlingen: _____

Båndopptaker

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

Tidspunkt / Tidsrom for datasamlingen: _____

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. / po: _____

SVAR PÅ SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA.

Søknad av dato 23/8-13 er behandlet dato 23/8-13 av saksbehandler / organ:

Vedtak: _____

Søknaden innvilges

Evt. merknader knyttet til vedtaket: _____

Personene/personene anmerkes

Enkeltsaker

Underskrift

Underskrift

Intervjuguiden

1. Hvor lenge har du arbeidet som sykepleier innen demensomsorgen?
2. Har du annen utdanning i tillegg til sykepleierutdanningen som er relatert til demenssykdom?
3. Har avdelingen rutiner/prosedyrer i forhold til grunnleggende behov?
4. Hvilken praksis har avdelingen rundt vedtak om bruk av tvang?
5. Dersom det er gjort vedtak om bruk av tvang, hvordan blir disse gjort kjent i avdelingen?
6. Hvordan vurderes det om beboeren/pasienten har samtykkekompetanse?
7. Hvordan løser personalet utfordringen når pasienter motsetter seg helsehjelp i stell og pleiesituasjoner?
8. I hverdagen står dere overfor ulike utfordringer. Kan du fortelle om situasjoner som ble problematiske og som ikke fikk noen god løsning?
9. Kan fortelle om situasjoner som løstes på en god måte?
10. Ser du noen sammenheng mellom kompetanse og hvor ofte det brukes tvang under stell- og pleiesituasjoner?
11. Lovverket som regulerer bruk av tvang kan være vanskelig å tolke for den enkelte pleier. Har dere internopplæring angående bruk av tvang?
12. Er de pårørende tatt med på råd angående måten stell og pleie blir ivaretatt? Her tenker en spesielt på å sikre personens verdighet og integritet.
13. Er der noen faktorer du kan fremheve for å redusere bruken av tvang overfor personer med demenslidelse? Ser du noen utløsende faktorer i forhold til tvang?