



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB 3001

Emnenamn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling

Vurdering: Bacheloroppgåve

Kandidatnr: 315

Leveringsfrist: 18.02.10 kl.14:00

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: Ordinær

Fagansvarleg: Benny Huser

Rettleiar: Inger Straume Epland

Antal ord: 7153



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

Tillit eller tvang?



(Géricault, 1819)

*Korleis kan kommunikasjon utgjere tillitsskapande tiltak for å unngå tvang
ovanfor demente i stellsituasjon på sjukeheim?*

Bacheloroppgåve utført ved
Høgskolen Stord/Haugesund - Sjukepleiarutdanning
Avdeling Stord
Våren 2010

Kull 2007
Kandidatnummer 315

Samandrag

Tillit eller tvang?

Antal eldre er aukande i Noreg, og ein stor del av desse er demente og bur på sjukeheim. I 2009 trådde kapittel 4A i pasientrettighetslova i kraft som omhandlar tvang ovanfor pasientar utan samtykkekompetanse. Tvang i samband med demente pasientar er truleg noko ein vil møte som sjukepleiar, og eg har difor vald å ta utgangspunkt i problemstillinga: "Korleis kan kommunikasjon utgjere tillitsskapande tiltak for å unngå tvang ovanfor demente i stellsituasjon på sjukeheim?" Hensikta med litteraturstudiet er å sjå kva ein som sjukepleiar konkret kan gjere gjennom å nytte kommunikasjon som innfallsvinkel for å skape tillit og dermed unngå bruk av tvang i møte med utagerande demente. Litteraturen eg har vald å nytte er hovudsakeleg frå dei seinare åra, eit bevisst val frå mi side for å få oppdatert kunnskap, og resultatane konkluderer i store trekk med det same: Demente pasientar treng individuell tilnærming der sjukepleiaren baserer samhandlinga på kunnskap om personen, sjukdomen og kva behov vedkomande har til ei kvar tid. Vidare vil bruk av tid, tilrettelegging og bevisstgjerjing av korleis sjukepleiaren kommuniserar, både verbalt og nonverbalt, kunne påverke relasjonen dei imellom, skape tillit og dermed førebygge bruk av tvang. Kort sagt vil sjukepleiaren si haldning og handling vere med på å avgjere om ein oppnår tillit eller nyttar tvang i samhandling med demente pasientar.

Abstract

Trust or restraint?

A growing percentage of the Norwegian population is senior citizens. Several of them suffer from dementia and live in geriatric institutions. In 2009 Chapter 4A of the Patient's Rights Act came into action, which deals with restraint concerning patients unable to give informed consent. Working with patients suffering from dementia, nurses are likely to encounter restraint. I have therefore chosen the following question for my paper: "How can communication create trust which may help avoid restraint concerning patients with dementia during intimate forms of care in geriatric institutions?" The purpose of the literature study is to examine what concrete measures a nurse may take by using communication as a means to create trust and thereby avoid restraint in dealing with dementia patients who have aggressive behaviors. I have chosen recent literature that is up to date on the latest research, and the conclusions reached all largely paint the same picture. Dementia patients need an individualised approach, where the nurses base their form of interaction on knowledge of the person, the diagnosis and any specific needs that may arise. In addition the use of time, the accommodation for and awareness of the manner of communication, both verbally and non-verbally, used by the nurse will influence the patient-nurse relationship, and therein prevent the use of restraint. In short, the attitude and actions of the nurse will play a part in whether one is using trust or restraint dealing with dementia patients.

Innhald

1.0 Innleiing	1
1.1 Bakgrunn og grunngjeving for val av tema.....	1
1.2 Presentasjon, avgrensing og presisering av problemstilling	1
1.3 Sjukepleiefagleg perspektiv	2
1.3.1 Travelbee og sjukepleie.....	2
1.3.2 Travelbee og kommunikasjon	3
1.4 Sentrale begrep	3
1.4.1 Kommunikasjon	3
1.4.2 Kommunikasjon og demens	4
1.4.3 Utagerande åtferd	5
1.4.4 Kommunikasjon i stellsituasjon	6
1.4.5 Bruk av tvang i demensomsorga	6
2.0 Metode.....	8
2.1 Litteraturstudie som metode.....	8
2.2 Framgangsmåte og søkestrategi	8
2.3 Vurdering av litteraturen ut frå kvalitet, aktualitet og etikk.....	10
3.0 Resultat.....	11
4.0 Diskusjon.....	14
4.1 Haldning	14
4.1.1 Syn på menneske	14
4.1.2 Syn på relasjon og kommunikasjon	15
4.1.3 Syn på utagerande åtferd	16
4.2 Handling	17
4.2.1 Korleis skape tillit gjennom kommunikasjon.....	17
4.2.2 ...og unngå bruk av tvang i stellsituasjon	19
4.3 Avsluttande refleksjon.....	20
5.0 Referansar.....	22

Figurliste

Tabell 1- PICO	8
Tabell 2- Søkehistorikk	9

1.0 Innleiing

1.1 Bakgrunn og grunngeving for val av tema

Eg har vald å skrive om demente pasientar på sjukeheim fordi eg som student, og i jobbsamanheng, har ein del praksis frå dette området. Dessutan er temaet aktuelt i samtida, og truleg framover i tid, då antal eldre i befolkninga er aukande (St.meld.nr. 25, 2005-2006) i tillegg til at om lag 60% av bebuarane på sjukeheim har ein eller anna form for demens (Kuske et. al., 2009). Eit anna aktualitetsmoment er kapittel 4A i pasientrettighetslova som trådde i kraft januar 2009 (Pasientrettighetslova, 1999). Lova tek for seg bruk av tvang ovanfor pasientar utan samtykkekompetanse, mellom anna demente, ei reell problemstilling på norske sjukeheimar i følgje Kirkevold (2005). Sjølv har eg erfart korleis pleiekulturen på ulike arbeidsplassar, i kombinasjon med eit aukande tidspress i jobbkvardagen, fører til at ein nyttar tvang ovanfor demente pasientar utan å vere bevisst kva krav lova stiller.

I praksis på sjukeheim fekk eg verkeleg kjenne på kroppen at eg trengte meir kunnskap om korleis ein møter utagerande demente, spesielt i stellsituasjonar. Her møtte eg ein pasient der alt frå av- og påkledning til hår- og handvask var ei utfordring. Sjølv om det kunne vere mykje fysisk og verbal utagering medan det sto på, ga pasienten uttrykk for velvære i etterkant, noko som trygga personalet i at dei gjorde rett i å gjennomføre tiltaka. Likevel erfarte eg at pasienten nokre gonger utførte handvasken sjølv dersom eg hadde trykka på dei rette knappane i forkant, og eg såg difor eit behov for konkret og meir systematisert kunnskap om korleis eg kunne bruke kommunikasjon for å bygge tillit til pasienten og dermed unngå bruk av tvang. I og med at antal eldre demente på sjukeheim er aukande, vil eg som sjukepleiar garantert møte liknande pasientar også i framtida. Difor ønskjer eg å tilegne meg kunnskap om temaet for å kunne stå betre rusta i liknande situasjonar som ferdig utdanna sjukepleiar.

1.2 Presentasjon, avgrensing og presisering av problemstilling

HSH sin helsefaglege forskingsprofil har eit spesielt fokus på langtidssjuka, eldre og kroniske lidingar (Råholm og Rehnsfeldt, 2007), noko som reflekterer at sjukepleie ovanfor mellom anna demente pasientar er eit satsingsområde innan det sjukepleiestudiet eg er i ferd med å avslutte. Eg har tidlegare gjort greie for at tema sjukepleie, demens, tvang og kommunikasjon er aktuelt sett ut frå samfunnsperspektiv, framtidig jobbsituasjon som sjukepleiar og eige

kunnskapsbehov, og vil difor i denne oppgåva prøve å besvare følgjande problemstilling: "Korleis kan kommunikasjon utgjere tillitsskapande tiltak for å unngå tvang ovanfor demente i stellsituasjon på sjukeheim?"

Eg har vald å avgrense problemstillinga til å omhandle demente pasientar på sjukeheim då eg har mest erfaring med pasientgruppa i denne konteksten. Vidare vel eg å ta for meg stellsituasjonar, både for å få ei konkret tilnærming og fordi eg har erfart at det er i stellsituasjonar at demente pasientar kan verte utagerande og ein som sjukepleiar lettare tyr til tvang. Oppgåva vil difor omhandle demente pasientar som har utagerande åtferd. Slik åtferd fell inn under begrepet APSD, som står for åtferdsmessige og psykiske symptom ved demens, og kan definerast som vanskeleg, aggressiv og valdeleg åtferd (Rokstad og Smebye, 2008). Vidare vel eg å bruke ordlyden "tillitsskapande tiltak" då denne vert brukt i kapittel 4A i Pasientrettighetslova (1999). Eg har vald å nytte kommunikasjon, verbal og nonverbal, som sjukepleiefagleg innfallsvinkel, og målet med oppgåva er å gjere begrepet tillitsskapande tiltak til noko konkret og praksisnært slik at det vert enklare å nytte i møtet med den demente pasienten.

1.3 Sjukepleiefagleg perspektiv

1.3.1 Travelbee og sjukepleie

Travelbee definerer sjukepleie som assistanse av individ, familie eller samfunn for å førebygge, takle erfaringar og finne mening ved opplevd sjukdom og liding (Travelbee, 1971). Vidare vert formålet med sjukepleie oppnådd gjennom etablering av eit menneske-til-menneske forhold mellom sjukepleiar og pasient, der sjukepleiaren tilnærmar seg pasienten sine behov gjennom å dele erfaringar og opplevingar med vedkomande. Sjukepleie er følgje Travelbee (1971) ein disiplinert og intellektuell tilnærming til pasienten sine problem kombinert med at sjukepleiaren bruker seg sjølv terapeutisk. På denne måten kombinerer og likestiller ho teori og praksis, innhald og prosess, som to utfyllande og gjensidig avhengige faktorar i sjukepleie. Travelbee (1971) nyttar konsekvent ikkje begrepa pasient og sjukepleiar fordi det er med på å stereotypifisere menneske og dermed undergrave den enkelte sin unike verdi. Vidare definerer ho sjukdom og helse som subjektive opplevingar der sjølve sjukdomserfaringa er kulturelt betinga. Sjukdom og skade er i følgje Travelbee (1971) ein trussel mot sjølvvet, og difor vert den subjektive oppfattinga av sjukdom viktigare enn sjukdom som kategoriserande system.

1.3.2 Travelbee og kommunikasjon

I følge Travelbee (1971) skjer kommunikasjon i eit kvart møte mellom sjukepleiar og pasient. Dette føregår verbalt eller kroppslig, bevisst eller ubevisst. Vidare hevdar Travelbee (1971) det er gjennom persepsjon og kommunikasjon at ein ser det unike i møte med andre menneske. Kommunikasjon vert dermed grunnlaget for å danne eit menneske-til-menneske forhold mellom sjukepleiar og pasient og utgangspunktet for å kunne utøve sjukepleie. Travelbee (1971) ser kommunikasjon som både oppførsel, det vil seie involvering av fysisk og mental aktivitet mellom sendar og mottakar, og ein prosess der ein utvekslar meiningar. Dermed vert kommunikasjon ei dynamisk kraft som kan påverke graden av relasjonell nærleik i sjukepleiesituasjonar, noko sjukepleiaren kan nytte til å hjelpe eller skade pasienten.

Kommunikasjon og interaksjon mellom menneske er aldri lik i følge Travelbee (1971), noko som medfører at sjukepleiaren må tilegne seg kunnskap om kommunikasjon for å kunne takle ulike situasjonar. Dermed vert kommunikasjon ein kreativ prosess der sjukepleiaren bevisst nyttar tale og kropp for å assistere pasienten. Travelbee (1971) deler kommunikasjon inn i verbal og nonverbal der verbal kommunikasjon er det ein snakkar eller skriv, medan nonverbal kommunikasjon er overføring av budskap utan bruk av ord, men ved hjelp av gester, ansiktsuttrykk og kroppsspråk. Kommunikasjon skjer også gjennom berøring, lukt, bruk av teikn og symbol eller via bilete, musikk eller dans.

1.4 Sentrale begrep

1.4.1 Kommunikasjon

Kommunikasjon er i følge Rokstad og Smebye (2008) ein grunndimensjon i alt menneskeliv og helsearbeid, og difor vil betra kommunikasjon kunne føre til betra kvalitet på helsetenestene. Dei hevdar vidare at kommunikasjon er ein føresetnad for god demensomsorg då kommunikasjon er med på å bygge, utvikle og oppretthalde relasjonar i og med at ein alltid kommuniserer både eit innhald og ein relasjon. Rokstad og Smebye (2008) definerar kommunikasjon som ei utveksling av meningsfulle signal der ein etablerar ei felles meining. Målet er at kommunikasjonen vert eintydig og truverdig, der både relasjonell- og personkunnskap i tillegg til kunnskap om kommunikasjon er nødvendig.

1.4.2 Kommunikasjon og demens

Demente pasientar har i følge Rokstad og Smebye (2008) reduserte kommunikasjonsevner. I tillegg kan dei mangle evne til å orientera seg i tid og rom (Eide og Eide, 2007), noko som medfører behov for struktur, både miljømessig og med tanke på kommunikasjon. Vidare er korttidsminnet svekka, noko som fører til store utfordringar og stiller store krav til kommunikasjon og empati frå sjukepleiaren si side. Etter kvart som sjukdomen utviklar seg, vil ansvaret for samhandling og kommunikasjon i større grad verte overført til sjukepleiaren samstundes som det nonverbale aspektet vert meir og meir sentralt (Rokstad og Smebye, 2008).

Eide og Eide (2007) trekk fram bekrefting som essensielt i kommunikasjon med demente, der lytting og det å prøve å forstå den kjenslemessige budskapet den demente pasienten formidlar, verbalt eller kroppslig, vert sentralt. Sjukepleiaren kan hjelpe den demente til å konkretisere det vedkomande vil formidle gjennom å bruke empatisk, speglende og bekreftande respons (Eide og Eide, 2007). Ein innfallsvinkel kan vere å nytte til dømes berøring, lukt og lyd i form av musikk då minna kan sitje i sansane. Vidare meiner Rokstad og Smebye (2008) tilrettelegging, bruk av tid og det å vere tydeleg er nøkkelord i kommunikasjon med demente pasientar. Det vil seie at ein planlegg og førebur samhandling med den demente, set av nok tid, fokuserer merksemda og tonar seg inn på vedkomande gjennom å nytte den kunnskapen ein har om personen. I den konkrete samtalen med demente pasienten råder Rokstad og Smebye (2008) sjukepleiaren til å ha direkte augekontakt, snakke tydeleg, artikulert og langsamt, nytte korte setningar og halde seg til eitt tema om gongen.

Vidare poengterer Eide og Eide (2007) at demente pasientar har behov for at andre vernar om deira autonomi og integritet. Her vert respekt eit kjerneord, noko som føreset at sjukepleiaren lyttar til og observerer den demente pasienten. På denne måte kan sjukepleiaren ta del i verda til den demente og gjere seg kjent med vedkomande sitt liv gjennom å kjenne til pårørande, spesielle hendingar og interesser. Dermed tek ein også vare på det unike ved det enkelte menneske og deira spesielle situasjon. I følge Eide og Eide (2007) krev kommunikasjon med demente pasientar teori og kunnskap i tillegg til erfaring. Likevel er essensen at ein som sjukepleiar prøver å forstå, sjå meining og samanhengar i tillegg til å lytte og vere engasjert i samhandling med demente. Engasjement og tid er også noko Rokstad og Smebye (2008) anbefalar i kommunikasjon med demente pasientar, og dei trekk fram aktiv lytting der sjukepleiaren rettar merksemd og interesse mot meiningsinnhaldet i det den demente

formidlar i staden for å få fram eige bodskap. I følgje Rokstad og Smebye (2008) tenkjer den demente meir enn vedkomande kan gje språkleg uttrykk for. Dei har med andre ord både vilje og kapasitet til forståing, men dette er avhengig av sjukepleiaren si vilje til å oppnå felles forståing.

1.4.3 Utagerande åtferd

Åtferdsendring hos demente pasientar er i følgje Rokstad og Smebye (2008) korkje unormalt eller avvikande, men ein naturleg reaksjon på endra livssituasjon, fysiologiske endringar og endra moglegheit til livsutfalding og kommunikasjon. Åtferdsendring kan definerast som vanskeleg, aggressiv og valdeleg åtferd (Rokstad og Smebye, 2008), og fell inn under begrepet APSD som står for åtferdsmessige og psykiske symptom ved demens. Blant demente pasientar er endra åtferd eit vanleg symptom som utspelar seg i ulik grad i alle stadier av sjukdomen. I følgje Rokstad og Smebye (2008) viser studier at 72% av pasientane på norske sjukeheimar har APSD. Utagerande åtferd kan forståast på ulike måtar. Ein innfallsvinkel er å sjå utageringa som ein reaksjon på udekka behov, til dømes behov for å gå på do. Ein kan også sjå utagering som resultat av at pasienten er meir sårbar, har redusert toleranse for stress og dermed ikkje klarer å meistre krava i kvardagen. Utagering kan også botne i redusert kjensle av identitet og sjølvoppleving som følgje av at relasjonar i omgjevnadane ikkje har tilstrekkeleg kunnskap om personen (Rokstad og Smebye, 2008).

For å førebygge og moderere utagerande åtferd er det i følgje Rokstad og Smebye (2008) nødvendig med grundig kartlegging, det vil seie systematisk observasjon av åtferd og innsamling av bakgrunnsdata. Likevel viser forskning at ein ikkje kan konkludere med klare retningslinjer for kva som er riktig framgangsmåte, noko som medfører at individuell tilpassing i tillegg til opplæring av personalet vert sentralt (Rokstad og Smebye, 2008). Likevel vil faste rutinar, planlagde og strukturerte handlingar og forenkla kommunikasjon vere felles innfallsvinklar for å førebygge utagerande åtferd. Kartlegging av smerte kan også vere hensiktsmessig då inntil 80% av sjukeheimsbebuarar har smerter i tillegg til at demente pasientar ofte er undermedisinerte på smertestillande (Rokstad og Smebye, 2008). Sett i denne samanheng kan utagering i stellsituasjonar kome som resultat av smerter, noko som medfører at ein som sjukepleiar bør vere merksam på smerteuttrykk og ta omsyn til dette i form av varsam pleie.

1.4.4 Kommunikasjon i stellsituasjon

I følge Rokstad og Smebye (2008) kan ein dele kommunikasjon inn i ulike typar der informativ kommunikasjon er sentralt i stellsituasjonar. Det er i desse situasjonane den demente pasienten som oftast utagerar (Rokstad og Smebye, 2008), og det er difor særst viktig at ein informerer og førebur pasienten på kva som skal skje, korleis og kvifor. Tilnærminga bør vere individualisert og fokusere på å bygge ein allianse med den demente. Dette kan sjukepleiaren oppnå ved å vere bevisst med tanke på konkrete ordval, tempo, timing, emosjonelt klima, tonefølgje og dialekt (Rokstad og Smebye, 2008). Dersom orda ikkje har ein informativ verdi, kan sjukepleiaren bruke seg sjølv som modell, nytte gestar og kropplege signal. Vidare meiner Rokstad og Smebye (2008) at realitetsorientering kan vere hensiktsmessig i ein stellsituasjon for aktivt å minne den demente på kva som skjer her og no. På kva måte dette vert gjort, er essensielt for utfallet i situasjonen. Dette er også tilfelle dersom ein nyttar grensesetjande kommunikasjon for å stoppe den utagerande åtferda og skape kontroll (Rokstad og Smebye, 2008). Her er det sentralt at sjukepleiaren er tydeleg og konsekvent, unngår moralisering og opptrer respektfullt ovanfor den demente pasienten.

1.4.5 Bruk av tvang i demensomsorga

Kirkevold (2005) avdekkjer i eit kartleggingsstudium at 45% av pasientar på skjerma einingar i norske sjukeheimar vert utsett for minst eitt tvangstiltak per veke. Tvang i samband med ADL, det vil seie mellom anna stellsituasjon, skjer hyppigast, og Kirkevold (2005, s.1346) definerer tvang som mellom anna "[...] bruk av redskap som hindrer beboerens bevegelsesfrihet eller tilgang til egen kropp, fysisk holding ved undersøkelser, behandling og omsorgstiltak [...]". Pasientrettighetslova (1999) kapittel 4A omhandlar situasjonar der pasientar utan samtykkekompetanse, til dømes demente, motset seg nødvendig helsehjelp. Formålet til lova er å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentleg helseskade i tillegg til å førebygge og begrense bruk av tvang. Det er også lagt vilkår i lova for bruk av tvang. Eitt av desse er at ein før eventuelle tvangstiltak skal ha prøvd "tillitsskapande tiltak", jamfør §4A-3, første ledd. Desse tiltaka skal sikre ei god fagleg tilnærming til pasient og gjeldande problem. Vidare seier forskr kvalitet i pleie- og omsorgstenestene (2003) §3 at ein som brukar har rett til medbestemming i samband med den daglege utføringa av helsetenestene, og at kommunen skal sikre tilrettelagte tilbod til demente som har vanskeleg for å formidle egne behov.

Rokstad og Smebye (2008) hevdar det norske lovverket samsvarar med god omsorg då det

bygger på prinsipp om medverknad og individualisering, og at medverknad vil kunne auke integritet, sjølvkjensle, trivsel og velvære hos den demente pasienten. I følgje Rokstad og Smebye (2008) vil god kjennskap til pasienten i tillegg til observasjon av kommunikasjonen til vedkomande, verbal og nonverbal, vere grunnlaget for individualisert og personsentrert tilnærming. Dette vil igjen kunne sikre medverknad og førebygge eller redusere bruk av tvang. Haldningane hos personalet vil også vere avgjerande med tanke på gjensidig respekt i samhandlinga med den demente pasienten (Rokstad og Smebye, 2008).

2.0 Metode

2.1 Litteraturstudie som metode

Metode kan sjåast som ein reiskap for å samle inn data i samband med forskning (Dalland, 2007) og på denne måten bidra til ny kunnskap. Kvantitativ forskingsmetode har sine røter i positivismen og samlar data som kan målast, medan kvalitativ forskingsmetode har sitt opphav innan hermeneutikken og fokuserer på meining og oppleving (Dalland, 2007). Litteraturstudiet kjem inn under kvalitativ forskingsmetode, og kan definerast som ein studie der ein tek utgangspunkt i ein klart formulert problemstilling som besvarast med systematisk å identifisere, velje, vurdere og analysere relevant forskning (Mulrow og Oxman i Forsberg og Wengström, 2008). I eit litteraturstudie er det i følgje Forsberg og Wengström (2008) avgjerande at arbeidet vert basert på tilstrekkeleg antal studier, artiklar eller teori av god kvalitet for å sikre at ein har grunnlag for å trekke troverdige slutningar.

2.2 Framgangsmåte og søkestrategi

Eg tok utgangspunkt i problemstillinga for å finne kva ord eg ville nytte i litteratursøket. For å strukturere søket, valde eg PICO- modellen som utgangspunkt:

Korleis kan kommunikasjon utgjere tillitsskapande tiltak for å unngå tvang ovanfor demente i stellsituasjon på sjukeheim?

P	Pasient/problem	Demente pasientar i stellsituasjon på sjukeheim
I	Intervensjon	Kommunikasjon
C	Comparison	Tvang
O	Outcome	Korleis kan kommunikasjon skape tillit og dermed unngå bruk av tvang?

Tabell 1- PICO

I tillegg valde eg å bruke sjukepleie som søkeord for å sikre at eg fekk eit sjukepleieperspektiv. Søkeorda vart dermed sjukepleie, demente, kommunikasjon og tvang. Desse omsette eg i SveMed+ og fekk resultat nursing, dementia, communication og restraint. Omsetjinga av ordet tvang fekk to resultat: restraint og coercion, og eg valde å nytte restraint då dette samsvarar betre med den tydinga av ordet eg legg til grunn i problemstillinga. Inkluderingskriteria sat eg som treff på alle søkeorda i kombinasjon, litteratur datert frå år 2000 og fram til i dag i tillegg til at han var publisert i vitskapeleg tidsskrift/fagfelleverdert.

Eg valde primært å bruke ProQuest som søkemotor då eg har brukt denne med hell tidlegare. Søkemotoren er oversiktleg med tanke på tittel, forfattarar, samandrag, publiseringsstad og årstal. I tillegg kan ein velje å berre få treff på artiklar i vitskaplege tidsskrift, inkludert fagfelleverderte tidsskrift. Eg brukte også same framgangsmåte i søkemotorane Cochrane, PubMed, SveMed+ og Vård i Norden. Det viste seg at treff på søk med alle søkeorda vart begrensa, og eg valde difor også å vurdere relevante artiklar som berre inneheld tre av søkeorda. Litteratursøket er presentert i følgjande tabell:

Søkemotor	Søkeord	Treff	Derav relevante artiklar
ProQuest	Nursing	127382	
	+ dementia	1714	
	+ communication	97	3
	+ restraint	3	2
Cochrane	Nursing	1215	
	+ dementia	117	
	+ communication	43	
	+ restraint	3	
PubMed	Nursing	488 333	
	+ dementia	7911	
	+ communication	0	
	+ restraint	0	
SveMed+	Nursing	5793	
	+ dementia	256	
	+ communication	26	2
	+ restraint	0	
Vård i Norden	Nursing	542	
	+ dementia	36	
	+ communication	16	
	+ restraint	0	

Tabell 2- Søkeshistorikk

I tillegg gjorde eg tilsvarande søk på Norart, Idunn.no, Sykepleien.no og Google.no. Desse nettstadene er begrensa i den forstand at ein ikkje kan gå ut frå at artikkelen er vitskapleg eller fagfelleverdert, men eg valde likevel å gjere søk då eg ønska meir nordisk/norsk litteratur i og med at problemstillinga er vinkla ut frå det nye kapitlet i pasientrettighetslova. Eg fekk eitt relevant treff på Sykepleien.no.

2.3 Vurdering av litteraturen ut frå kvalitet, aktualitet og etikk

Då eg har relativt mange relevante artiklar, ville det vere lite hensiktsmessig å gå detaljert inn i vurderinga av kvar enkelt på grunn av oppgåvelengda. Difor har eg vald å framstille ei meir overordna vurdering der eg tek utgangspunkt i om ein kan stole på resultata og om dei er relevante for problemstillinga mi. Vidare er det innan forskning eit overordna mål å unngå forvrengte resultat og uærleg eller plagiert data. Forsberg og Wengström (2008) foreslår difor bruk av studier som dokumenterer gjennomføring av etiske vurderingar eller er godkjent av etisk komité. I følgje Dalland (2007) medfører etisk vurdering at forskning tek omsyn til personvern, anonymitet, teieplikt og samtykke i tillegg til at ein alltid stiller spørsmål om kven som har nytte av studien.

Artiklane eg har vald å bruke er primærkjelder, jamfør Dalland (2007), og alle, med unntak av ein, er datert frå 2008 og 2009. Metodane som nyttast varierar frå kvantitative forskingsprosjekt, med IMRaD struktur og etisk vurdering, til kvalitative litteraturstudier der problemstillinga vert belyst ut frå andre studier og relevant litteratur. Eg har også vald å nytte artiklar med eit meir pedagogisk formål då desse er meir direkte og konkrete med tanke på praktisk sjukepleie. Eg vurderer samtlege artiklar som relevante for problemstillinga mi, og metodevariasjonen ser eg som ein fordel då slik kunnskapsbreidde vil kunne belyse problemstillinga mi frå fleire sider og danne grunnlag for ei oppgåve basert på teori og ny forskning som kan nyttast direkte i praksis. I denne oppgåva vil etiske vurderingar mellom anna bestå av å kvalitetssikre kjeldene, nytte litteraturen på ein nøytral og objektiv måte, anonymisere døme frå eigen erfaring og ha nytteprinsippet i bakhovudet slik at oppgåva vert til glede for fleire enn meg sjølv.

3.0 Resultat

I følgjande kapittel vil eg presentere hensikt og resultat frå kvar artikkel nytta i oppgåva. Då artiklane er omfattande, vil eg på grunn av begrensa oppgåvelengd fokusere på dei resultatane eg ser som aktuelle ut frå problemstillinga.

Kuske, B., Luck, T., Hanns, S., Matschinger, H., Angermeyer, M. C., Behrens, J. et. al. (2009) Training in dementia care: a cluster-randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany [Elektronisk utgåve]. *International Psychogeriatrics*, 21(2), 295-308.

Hensikt: Studien prøver å finne effekten av eit opplæringsprogram der målet er å betre samhandlinga mellom pleiarar og demente pasientar på sjukeheimar i Tyskland. Ei av hypotesane er at opplæringsprogrammet vil føre til redusert bruk av tvang.

Resultat: Undersøkinga viser mellom anna at bruk av tvang auka noko i intervensjonsgruppa under prosjektperioda, medan auken var betydeleg større i kontrollgruppa og ei gruppe som fekk opplæring i avspenningsteknikk. Forskarane hevdar opplæringsprogrammet kan ha positiv effekt med tanke på kommunikasjonskunnskap og kunnskap om korleis ein skal handtere problematisk åtferd. Dei konkluderer mellom anna med at opplæringsprogrammet har innverknad på kunnskapsnivået til pleiarane, men at det krevjast kontinuerleg oppfølging og påfyll av kunnskap då effekten av opplæringsprogrammet var størst rett etter gjennomføringa og ikkje like stor seks månader seinare.

Evans, L. K. & Cotter, V. T. (2008) Avoiding Restraints in Patients with Dementia: Understanding, prevention, and management are the keys [Elektronisk utgåve]. *AJN*, 108(3), 40-49.

Hensikt: Artikkelen forsøker å vise korleis ein kan unngå bruk av tvang ovanfor demente pasientar.

Resultat: Forfattarane meiner ein kan unngå bruk av tvang gjennom mellom anna å forstå, førebygge og respondere til den demente si oppførsel. Artikkelen kjem med konkrete forslag om korleis ein kan møte den demente med å forstå oppførselen hans som eit uttrykk for umøtte behov eller endra helsestatus. Vidare vert skjema for observasjon av ansiktsuttrykk, oppførsel og gestar foreslått som eit kartleggings- og dokumentasjonsverktøy ovanfor pasientar med dårleg verbalt språk. Forfattarane trekk fram kunnskap om pasienten si normale oppførsel og funksjon som avgjerande for å oppnå individualisert pleie i tillegg til bruk av

tydeleg, langsam og roleg kommunikasjon.

McKay, A., O'Neil, M. & McMonigle, A. (2008) Managing Challenging Patient Behaviors [Elektronisk utgåve]. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(9), 390-391.

Hensikt: Artikkelen tek utgangspunkt i at fleire sjukepleiarar ikkje kjenner seg kompetente til å takle kommunikasjonsutfordringar i samhandling med pasientar.

Resultat: I følge forfattarane oppstår utagerande åtferd oftast hos demente i intimsituasjonar, og i tilfeller der pleiarane er meir fokusert på oppgåva enn pasienten. I slike samanhengar kan det vere konstruktivt å opptre tolmodig og støttande, begrense forstyrringar, nytte visuelle teikn, nærme seg framifrå, halde god augekontakt og ha eit venleg ansiktsuttrykk. Vidare vil det vere hensiktsmessig at sjukepleiaren introduserer seg sjølv og nyttar pasienten sitt namn, snakkar tydeleg, langsamt og om ein ting om gongen i form av korte og enkle setningar, nyttar konkrete substantiv, responderer til kjenslene i stemma meir enn orda som kjem og unngår negative vinklingar som ”ikkje reis deg” og heller seier ”sett deg ned”.

Jayasekara, R. (2009) Dementia: Communication Skills for Staff. *Joanna Briggs Institute, Adelaide*. Henta 6. januar 2010 frå ProQuest.

Hensikt: Artikkelen prøver å avdekke tilgjengeleg kunnskap om kommunikasjonsferdigheiter for pleiarar som arbeider med demente pasientar.

Resultat: Med utgangspunkt i litteratur på området, presenterer forfattaren mellom anna korleis ein kan nytte kommunikasjonsferdigheiter i samhandling med demente pasientar. Konkrete forslag er å nytte klar, direkte, kort og enkel kommunikasjon, bruk av augekontakt og gestar, og at ein lar pasienten få små val i staden for sjølv å ta avgjersla for vedkomande. Vidare kan det vere til hjelp at pleiaren introduserer seg sjølv kvar gong ho møter den demente, gjev pasienten sjansen og nok tid til å uttrykke seg sjølv og gjentek spørsmål som ikkje vert svara på før ein prøver ei ny ordlegging.

Dolva, E. & Nåvik, M. (2003) Foto i kommunikasjon med demente- “Jeg tror det ikke før jeg ser det!” [Elektronisk utgåve]. *Sykepleien*, 91(19), 40-44.

Hensikt: Forfattarane ønskjer mellom anna å undersøke om bruk av foto kan betre rettleiing i samband med ADL aktivitetar og dermed hjelpe og førebygge uro hos demente pasientar.

Resultat: Observasjonar viser at bruk av bilete i samhandling med demente pasientar hadde effekt 35 av 46 gonger. Forfattarane vurderer difor bruk av foto som hensiktsmessig mellom anna i samband med introduksjon og rettleiing i ADL aktivitetar. Då prosjektet berre omfatta

to pasientar, vil ikkje forfattarane trekke sikre konklusjonar ut frå resultata, men ser bruk av foto som ein mogleg innfallsvinkel for nokre pasientar slik at dei betre kan forstå rettleiing, skape oversikt og førebygge uro.

Lichtwarck, B. (2009) Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens (TID). *Demens og Alderspsykiatri*, 13(2), 11-14.

Hensikt: Artikkelen omhandlar ein modell basert på prinsipp i kognitiv miljøterapi som praktisk reiskap for kartlegging og handtering av utfordrande åtferd hos demente pasientar.

Resultat: Forfattaren har god klinisk erfaring frå sjukeheim der ein har brukt prinsipp frå kognitiv miljøterapi som har endra personalet si forståing av utfordrande åtferd hos demente pasientar. Metoden er ikkje eit behandlingssopplegg, men ei strukturert og konkret tilnærming til korleis personalet kan møte utfordrande åtferd og kome fram til individuelt tilpassa tiltak. Prinsippa er basert på kognitiv psykologi som meiner kjensler og åtferd i ein gjeven situasjon hovudsakeleg er basert på tolkingar av situasjonen, og at ein gjennom å revurdere eigne kjensler og åtferd kan påverke åtferda til pasienten. Erfaringa viser at modellen sikrar struktur, kvalitet og kontinuerlig læring i personalgruppa, noko som påverkar kvardagen på avdelinga gjennom auka trivsel og endra åtferd blant personalet og pasientar.

Edvardsson, D. (2009) Är det personalen eller patienterna som har ett störande beteende? : Personalfaktorer med betydelse för BPSD. *Demens og Alderspsykiatri*, 13(2), 15-18.

Hensikt: Forfattaren problematiserer begrepet APSD då han ser åtferdsending hos demente pasientar som forsøk på meiningsfull kommunikasjon og at dette oppstår i interaksjon med mellom anna pleiarar.

Resultat: I følgje forfattaren vil samfunnet og pleiepersonalet sitt syn på den demente pasienten ha innverknad på korleis ein utfører pleie og omsorg. Ser ein åtferdsending hos den demente som tap av personlegdom, vil det i følgje forfattaren vere meiningslaust å skape ein relasjon til vedkomande, noko som kan føre til at ein berre utfører fysisk basal pleie. Ser ein derimot åtferda som eit resultat av at personen endrast og personlegdomen vert skjult, må pleiaren forsøke å tolke kommunikasjonssignala, skape ein relasjon og fokusere på det unike med vedkomande og på denne måten å legge til rette for at den demente opplever velvære og eit godt liv. Avslutningsvis hevdar forfattaren at kjenneteiknet på god omsorg til demente pasientar mellom anna er eit generøst personale som set pasienten først og har relasjonen i fokus.

4.0 Diskusjon

Sjukepleie kan slik eg ser det delast inn i haldning og handling der kunnskap og erfaring spelar gjennomgåande roller. Eg har difor vald å dele diskusjonskapitlet inn i henholdsvis haldning, der eg drøftar syn på menneske, syn på relasjon og kommunikasjon og syn på utagerande åtferd, og handling, der eg drøftar korleis ein konkret kan skape tillit gjennom kommunikasjon og unngå bruk av tvang i stellsituasjon. Avslutningsvis vil eg oppsummere kapitlet gjennom å svare på problemstillinga og kome med eigne refleksjonar basert på arbeidet med oppgåva.

4.1 Haldning

4.1.1 Syn på menneske

I følge Edvardsson (2009) vil menneskesynet til den enkelte sjukepleiar og korleis vedkomande ser den demente pasienten, ha innverknad på korleis ein utøver omsorg og samhandlar med den demente. Vidare trekk han fram fokus på det unike ved menneske som essensielt for at vedkomande skal få eit godt liv og oppleve velvære. Dette er også eit poeng hos Travelbee (1971) som ser sjukdom som ei subjektiv og kulturell betinga oppleving hos det enkelte individ, og framhever den enkelte si oppleving og erfaring av sjukdom som eit meir funksjonelt utgangspunkt for sjukepleiaren enn sjukdomen i seg sjølv. Menneskesynet til Travelbee (1971) kjem også fram gjennom at ho bevisst ikkje nyttar begrepa "sjukepleiar" og "pasient" då det plasserer menneske i ei rolle i staden for å anerkjenne vedkomande som eit unikt og verdifullt individ. Vidare hevdar Travelbee (1971) at det er gjennom korleis ein oppfattar og tolkar i møte med andre menneske at ein ser det unike med vedkomande. Å sjå og ta vare på det unike menneske er også sentralt hos Eide og Eide (2007). Dei meiner demente pasientar har behov for at andre tek vare på deira integritet og autonomi, noko sjukepleiaren kan gjere med å lytte, observere og tilegne seg kunnskap om den demente si verd før og no. Vert dette gjort på ein respektfull og empatisk måte, vil ein i følge Eide og Eide (2007) ta vare på det unike menneske i samhandlinga med den demente. I tillegg vil ein i følge Rokstad og Smebye (2008) kunne ivareta integriteten og betre sjølvkjensla, trivselen og velværet til den demente med å involvere og inkludere vedkomande. Ut frå dette meiner eg ein kan seie at god samhandling mellom sjukepleiar og demente pasientar er tufta på sjukepleiaren sitt menneskesyn, at ho ser menneske bak diagnosen og søker det unike med vedkomande.

Individuell tilpassing basert på kunnskap og erfaring om person og situasjon, er i følge både Rokstad og Smebye (2008), Edvardsson (2009), Evans og Cotter (2008) og Lichtwarck (2009) å anbefale i samhandling med demente pasientar. Dette er også poengtert hos Travelbee (1971) som meiner sjukepleiaren legg grunnlag for utøving av sjukepleie gjennom etablering av eit menneske-til-menneske forhold der ho får kjennskap til, deltek og tek utgangspunkt i pasienten sine opplevingar og erfaringar. Individualisert pleie og omsorg er saman med rett til medverknad også sentralt innan lovverket, jamfør forskr kvalitet i pleie- og omsorgstenestene (2003), noko som i følge Rokstad og Smebye (2008) bygger opp under kva som meinast med god omsorg. Dei meiner også at utagerande åtferd hos demente kan sjåast som eit resultat av redusert sjølvoppleving og identitet på grunn av manglande personkunnskap hos sjukepleiaren, noko som argumenterer for individualisert tilnærming, kanskje spesielt i stellsituasjonar, og at sjukepleiaren si haldning ovanfor den demente er avgjerande for å sikre gjensidig respekt dei imellom. Her samsvarar Rokstad og Smebye (2008) med Edvardsson (2009) som meiner menneskesynet til sjukepleiaren er styrande for korleis ein opptrer ovanfor demente pasientar, noko eg vil seie meg einig i både ut frå eigen erfaring, observasjon av andre og ikkje minst i lys av teori og forskning på området.

4.1.2 Syn på relasjon og kommunikasjon

Sjukepleie er i følge Travelbee (1971) å assistere menneske som opplever sjukdom gjennom å etablere eit menneske-til-menneske forhold til vedkomande. Vidare meiner ho kommunikasjonen som oppstår, både den verbale og kroppslege, er utgangspunktet i møtet mellom sjukepleiar og pasient, uavhengig om han er bevisst eller ubevisst. Ut frå dette meiner eg ein kan seie at Travelbee ser relasjon og kommunikasjon som grunnlaget for all sjukepleie, ein påstand ein finn igjen hos Rokstad og Smebye (2008) som meiner kommunikasjon er ein grunndimensjon i helsearbeid og livet generelt. Dei hevdar vidare at god omsorg ovanfor demente byggjer på kommunikasjon då dette er utgangspunktet for etablering, oppretthalding og utvikling av relasjonar mellom sjukepleiar og pasient. Fokus på kommunikasjon og relasjon er også i følge Edvardsson (2009) kjenneteikn på god omsorg.

Kommunikasjon inneheld i følge Rokstad og Smebye (2008) alltid ein relasjon og eit innhald der ein forsøker å oppnå felles mening. Denne påstanden finn ein også hos Travelbee (1971) då ho ser kommunikasjon som ei meningsutveksling der både åtferda til den enkelte og

prosessen mellom individa er avgjerande. Dermed vert kommunikasjon i følgje Travelbee (1971) ei dynamisk kraft som kan påverke relasjonen i samhandlinga mellom sjukepleiar og pasient, både i negativ og positiv retning. I følgje Rokstad og Smebye (2008) er det opp til sjukepleiaren å etablere ei felles forståing i samhandling med demente sjølv om dei både har vilje og kapasitet til forståing, eit poeng også hos Eide og Eide (2007) som hevdar ansvaret for samhandling og kommunikasjon i større grad vert overført til sjukepleiaren etter som sjukdomen utviklar seg. Ut frå dette meiner eg ein kan argumentere for at både relasjon og kommunikasjon er sentrale moment i samhandling med demente pasientar, og at begrepa gjensidig påverkar og utfyller kvarandre i praksis.

Sjølv om kommunikasjon alltid skjer i eit kvart møte, jamfør Travelbee (1971), treng ein i følgje Rokstad og Smebye (2008) kunnskap om både kommunikasjon og relasjon for å kunne oppnå eintydig og truverdig meningsutveksling mellom sjukepleiar og pasient. Ein liknande påstand finn ein hos Travelbee (1971) då ho meiner sjukepleiaren har eit kunnskapsbehov innan kommunikasjon for å kunne takle ulike situasjonar i og med at eit kvart møte med ein pasient er eineståande. At behovet for kommunikasjonskunnskap er reelt hos sjukepleiarar, vert påvist av McKay, O'Neil og McMonigle (2008) som tek utgangspunkt i at fleire sjukepleiarar seier dei er uskire på korleis dei skal handtere mellom anna utagerande åtferd hos demente pasientar. Vidare hevdar Kuske et. al. (2009) at opplæring og kunnskapsauke innan kommunikasjon betrar samhandlinga mellom sjukepleiar og demente pasientar så lenge ein stadig vert oppdatert og er bevisst, noko som etter mi mening bygger opp under at ein som sjukepleiar treng kunnskap om kommunikasjon for å samhandle med demente pasientar.

4.1.3 Syn på utagerande åtferd

I følgje Rokstad og Smebye (2008) er utagerande åtferd symptom på demens, jamfør APSD, og kan sjåast som ein naturleg del av den åtferdsendinga dei aller fleste demente pasientar gjennomgår som følgje av sjukdomen. Utagering vert difor ein naturleg reaksjon på endra livssituasjon, helsetilstand og kommunikasjonsmoglegheiter og kan forståast på fleire måtar. I følgje Evans og Cotter (2008) er nettopp forståing av åtferda til den demente eit sentralt utgangspunkt for sjukepleiaren i samband med samhandling. Dei forklarar utagerande åtferd som resultat av sjukdom og svekka helsetilstand eller uttrykk for at grunnleggande behov ikkje er dekkja. Rokstad og Smebye (2008) trekk også fram desse forklaringane, men dei meiner i tillegg at åtferdsending kan vere uttrykk for frustrasjon då den demente ikkje lenger

klarer å leve opp til kvardagskrava. I følgje Edvardsson (2009) kan ein som sjukepleiar velje å forstå utagerande åtferd hos den demente som resultat av at vedkomande mister sin personlegdom eller at vedkomande endrar seg. Korleis personalet vel å forstå og forhalde seg til åtferdsending og utagering hos demente er også eit poeng hos Lichtwarck (2009) då han meiner personalet kan påverke åtferda til den demente gjennom å vere merksam på og eventuelt revurdere eigne kjensler og åtferd i samhandling med pasienten.

Åtferdsending hos demente er i følgje Edvardsson (2008) eit forsøk på å kommunisere noko meiningsfullt, og han meiner personalet si forståing av åtferdsendinga vil ha innverknad på samhandlinga dei imellom. Korleis ein ser på og forstår utagerande åtferd, vil slik eg ser det også ha innverknad på kva kommunikasjonsform ein vel å nytte i stellsituasjonar med demente pasientar. I følgje Rokstad og Smebye (2008) kan ein velje å nytte informativ kommunikasjon, noko som medfører at ein tek omsyn til at den demente har redusert korttidsminne og difor treng kontinuerleg informasjon om kva som skal skje, kvifor og korleis. På denne måten kan ein førebu og trygge den demente i stellsituasjonen. Ei slik tilnærming meiner eg vil vere naturleg dersom sjukepleiaren ser åtferdsending hos den demente som ein naturleg del av sjukdomen, jamfør Rokstad og Smebye (2008). Dei trekk også fram grensesetjande kommunikasjon som ein framgangsmåte i stellsituasjon dersom den demente utagerar. Metoden kan stoppe åtferda og roe situasjonen, men her er måten det vert gjort på avgjerande med tanke på utfallet. I følgje Rokstad og Smebye (2008) vil det å vere konsekvent og opptre respektfullt vere sentralt om ein nyttar grensesetjande kommunikasjon, men sjølv kjenner eg på at ein skal ha god oversikt over situasjonen, vere trygg på seg sjølv og den demente i tillegg til å ha stort tolmod for å unngå å verte moraliserande og at eigne kjensler og eventuell frustrasjon tek overhand. Skjer dette, meiner eg ein kan ende opp med å forklare den demente si åtferd som resultat av tapt personlegdom heller enn endring hos vedkomande, jamfør Edvardsson (2009), nettopp fordi ein let eigne kjensler og åtferd i situasjonen påverke samhandlinga med den demente, jamfør Lichtwarck (2009).

4.2 Handling

4.2.1 Korleis skape tillit gjennom kommunikasjon...

Rokstad og Smebye (2008) meiner ansvaret for kommunikasjon og samhandling i demensomsorga hovudsakeleg ligg hos sjukepleiaren, eit ansvar som i følgje Eide og Eide (2007) stiller store krav til sjukepleiaren sine kommunikasjonsferdigheiter på grunn av

reduerte kommunikasjonsevner og svekka korttidsminne hos den demente. Vidare trekk Eide og Eide (2007) fram vanskanen den demente har med å orientera seg i tid og rom som eit argument for struktur i kvardagen. Dette vert også poengtert av både Rokstad og Smebye (2008) og McKay, O'Neil og McMonigle (2008) som meiner faste rutinar og planlagde handlingar i tillegg til å unngå eller begrense distraherande faktorar kan gjere samhandling med demente enklare. Vidare hevdar Eide og Eide (2007) at kommunikasjon med demente pasientar krev både teoretisk kunnskap og praktisk erfaring, ein kombinasjon Travelbee (1971) legg til grunn for all sjukepleie då ho fordrar sjukepleiaren til å både ta i bruk ein intellektuell og logisk tilnærming i tillegg til å nytte seg sjølv terapeutisk i møte med pasienten.

Kommunikasjon er i følgje Travelbee (1971) ein skapande prosess der ein nyttar tale, skrift, gestar, ansiktsuttrykk eller kroppsspråk for å overføre budskap mellom menneske. Ho trekk også fram teikn og symbol, musikk og dans som kommunikasjonsformer i tillegg til at ein kan formidle meining med å bruke mellom anna berøring og bilete. Bruk av visuelle teikn i samhandling med demente vert også trekt fram av McKay, O'Neil og McMonigle (2008) og Dolva og Nåvik (2003). Dolva og Nåvik (2003) meiner ein i enkelte tilfelle kan nytte foto for å betre samhandlinga med demente pasientar då visuelle hjelpemiddel er med på å styrke rettleiing og skape større oversikt for den demente. I følgje Eide og Eide (2007) vil det også vere konstruktivt å nytte fleire sansar i kommunikasjon med demente då det sensitive minnet kan vere med på å konkretisere det vedkomande prøver å formidle. Utvida bruk av sanseapparatet i samhandling med demente er også eit poeng hos Rokstad og Smebye (2008) då dei meiner det nonverbale aspektet i kommunikasjonen tek meir og meir over ettersom sjukdomen skrid fram. I samhandling med demente pasientar trekk både Eide og Eide (2007) og Rokstad og Smebye (2008) fram aktiv lytting, bruk av tid og engasjement med fokus på meiningssinnhald, kjenslemessig budskap og samanhengar som sentralt. Å fokusere på kjenslene i det den demente formidlar og ikkje berre høyre på orda vedkomande seier, er også noko McKay, O'Neil og McMonigle (2008) poengterar. I følgje Eide og Eide (2007) vil ein på denne måten kunne hjelpe den demente til å formidle det vedkomande ønskjer gjennom sjølv å nytte speglende og bekreftande respons. Rokstad og Smebye (2008) meiner ein kan få til dette i praksis gjennom å nytte personkunnskap om den demente til å førebu, planlegge og legge til rette for samhandlinga med vedkomande og dermed sikre ei individuell tilnærming.

I den direkte kommunikasjonen og samhandlinga med demente pasientar er det fleire moment

i litteraturen som går igjen. Rokstad og Smebye (2008) nemner direkte augekontakt, tydeleg, artikulert og langsam tale og bruk av korte setningar der ein held seg til ein ting om gongen som konkrete råd til sjukepleiaren. Desse råda finn ein igjen hos McKay, O'Neil og McMonigle (2008) og Jayasekara (2009). McKay, O'Neil og McMonigle (2008) meiner vidare at det vil vere konstruktivt å vere konkret i ordvala og unngå nektande utsegn. Dei hevdar også at det kan vere konstruktivt for sjukepleiaren å nærme seg den demente framifrå, introdusere seg sjølv og bevisst tiltale den demente med namn i tillegg til å opptre støttande, vere tolmogig og har eit venleg ansiktsuttrykk. At sjukepleiaren introduserer seg sjølv er også i følgje Jayasekara (2009) eit forslag til betra kommunikasjon med den demente. I tillegg meiner Jayasekara (2009) sjukepleiaren med fordel kan gje den demente nok tid til å respondere på spørsmål og uttrykke seg sjølv, jamfør Eide og Eide (2007) og Smebye og Rokstad (2008) som poengterar det å setje av og bruke nok tid i samhandling med demente. Jayasekara (2009) er også inne på korleis ein som sjukepleiar kan la den demente medverke med å la vedkomande få små val i staden for at sjukepleiaren tek avgjerslene på eiga hand. Slik medverknad kan i følgje Rokstad og Smebye (2008) auke sjølvkjensla til den demente, noko som igjen kan førebygge utagerande åtferd og unngå bruk av tvang. Dette utfallet vil ein også kunne oppnå i følgje Evans og Cotter (2008) med å kommunisere tydeleg og opptre roleg i samhandling med demente. Vidare vil observasjon av eventuelle smerter hos den demente også vere hensiktsmessig å gjere i ein stellsituasjon då smerter kan vere årsak til utagering, jamfør Rokstad og Smebye (2008).

4.2.2 ...og unngå bruk av tvang i stellsituasjon

I følgje Rokstad og Smebye (2008) kan betra kommunikasjon føre til betra kvalitet på helsetenestene, ein påstand eg meiner gjev god grunn til å vere bevisst og fokusere på kommunikasjon innan demensomsorga. Vidare har opplæring og kunnskapsauke innan kommunikasjon vist seg å betre samhandling mellom pleiarar og demente pasientar i tillegg til å ha innverknad på tvangsbruken, jamfør Kuske et. al. (2009). Vel ein å sjå bruk av tvang som ein indikator for kvalitet på helseteneste, kan betra kommunikasjonsferdigheiter hos sjukepleiarar føre til betra demensomsorg etter mitt syn. Opplæring av personalet i tillegg til grundig kartlegging av åtferda og historia til den demente, er i følgje både Rokstad og Smebye (2008), Kuske et. al. (2009) og Lichtwarck (2009) utgangspunktet for å førebygge, unngå eller moderere utagerande åtferd. Kartlegging og dokumentasjon av åtferda vert også trekt fram av Evans og Cotter (2008) som eit utgangspunkt til å forstå og førebygge utagering

hos den demente og dermed unngå bruk av tvang, noko som i følgje Rokstad og Smebye (2008) kan sjåast som god fagleg tilnærming.

Kva ein som sjukepleiar konkret legg i begrepet tillitsskapande tiltak for å unngå bruk av tvang, jamfør Pasientrettighetslova (1999), finn ein ikkje eit enkelt og eintydig svar på då det ikkje finst klare retningslinjer for kva som er mest hensiktsmessig å gjere i dei ulike tilfella, jamfør Rokstad og Smebye (2008). Dei trekk difor fram behovet for individuell tilnærming, noko som også vert gjort av Evans og Cotter (2008), Lichtwarck (2009), Edvardsson (2009), Eide og Eide (2007) og Travelbee (1971). Individuell tilnærming vil slik eg ser det medføre at ein som sjukepleiar fokuserer meir på personen enn oppgåva i situasjonen, eit poeng som i følgje McKay, O'Neil og McMonigle (2008) kan førebygge utagering hos demente pasientar. Vidare meiner dei det som oftast er i intimsituasjonar, derav stell, at demente pasientar vert utagerande, noko også Rokstad og Smebye (2008) påstår og eg sjølv kan stille meg bak basert på erfaring frå praksis.

4.3 Avsluttande refleksjon

I følgje Rokstad og Smebye (2008) vil ein kunne redusere eller førebygge bruk av tvang dersom ein har ein individualisert og personsentrert tilnærming til den demente pasienten basert på kjennskap, kunnskap og observasjon av vedkomande. Kommunikasjon vil i så måte kunne skape tillit basert på kunnskap om den demente, samhandlinga og kva ein konkret gjer i situasjonen. Slik handlingskunnskap var også det eg var ute etter då eg byrja arbeidet med oppgåva, men eg oppdaga undervegs at bevisstgjerjing og kunnskap om eigen haldning er vel så viktig for å skape tillit i møte med den demente og dermed unngå bruk av tvang. Ein kan seie at både menneskesyn og korleis ein ser på og forstår utagerande åtferd hos den demente, vil kunne påverke korleis eg som sjukepleiar kommuniserer og skaper ein relasjon med vedkomande. Med utgangspunkt sjukepleiaren si haldning og handling, meiner eg å ha vist korleis ein kan nytte kommunikasjon som tillitsskapande tiltak og dermed ha eit betre utgangspunkt for samhandling og unngå bruk av tvang ovanfor demente i stellsituasjon.

Kva som er rett å gjere i dei ulike situasjonane ein kjem opp i, er vanskeleg å svare på då alle menneske er ulike, både sjukepleiarar og demente. Eg meiner difor det vert sentralt å nytte ulik tilnærming og fleire innfallsvinklar i møte med den demente. Ein tankevekkar for min del er korleis kunnskapen ein treng i samhandling med demente ikkje berre omhandlar pasienten,

men vel så mykje ein sjølv som sjukepleiar. Bevisstgjeriing og kunnskap går likevel igjen som nyttige og nødvendige utgangspunkt, både med tanke på handling og ikkje minst haldning, noko eg vil ta med meg vidare i arbeidet som sjukepleiar.

5.0 Referansar

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

Dolva, E. & Nåvik, M. (2003) Foto i kommunikasjon med demente- "Jeg tror det ikke før jeg ser det!" [Elektronisk utgåve]. *Sykepleien*, 91(19), 40-44.

Edvardsson, D. (2009) Är det personalen eller patienterna som har ett störande beteende? : Personalfaktorer med betydelse för BPSD. *Demens og Alderspsykiatri*, 13(2), 15-18.

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

Evans, L. K. & Cotter, V. T. (2008) Avoiding Restraints in Patients with Dementia: Understanding, prevention, and management are the keys [Elektronisk utgåve]. *AJN*, 108(3), 40-49.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier : Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (2. utg.). Stockholm: Natur & Kultur.

Forskr. kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. av 27. juni 2003 nr. 792*. Henta 20. januar 2010 frå http://www.lovdato.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdato/for/sf/ho/ho-20030627-0792.html&emne=kvalitet*&&

Géricault, T. (1819) *Étude de bras et de main* [Bilete]. Henta 3. februar 2010 frå http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Etude_de_bras_et_de_main.jpg.

Jayasekara, R. (2009) Dementia: Communication Skills for Staff. *Joanna Briggs Institute, Adelaide*. Henta 6. januar 2010 frå ProQuest.

Kirkevold, Ø. (2005) Bruk av tvang i sykehjem [Elektronisk utgåve]. *Tidsskrift for Den*

norske legeforening, 125(10), 1346-8.

Kuske, B., Luck, T., Hanns, S., Matschinger, H., Angermeyer, M. C., Behrens, J. et. al (2009) Training in dementia care: a cluster-randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany [Elektronisk utgåve]. *International Psychogeriatrics*, 21(2), 295-308.

Lichtwarck, B. (2009) Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens (TID). *Demens og Alderspsykiatri*, 13(2), 11-14.

McKay, A., O'Neil, M. & McMonigle, A. (2008) Managing Challenging Patient Behaviors [Elektronisk utgåve]. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(9), 390-391.

Pasientrettighetsloven (1999). *Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63*. Henta 27. april 2009 frå <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldrens?usr/www/lovdata/all/hl-19990702-063.html>.

Rokstad, A. M. M. & Smebye, K. L. (red.) (2008) *Personer med demens: Møte og samhandling*. Oslo: Akribe.

Råholm, M.-B. & Rehnsfeldt, A. (2007) *The Research and Development (R & D) profile of the Health Science Faculty at Stord/Haugesund University College, Norway*. Henta 13. januar 2010 frå http://ans.hsh.no/FoU/RDP_HSC.pdf.

St.meld.nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening : Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Henta 25. januar 2010 frå <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-.html?id=200879>.

Travelbee, J. (1971) *Interpersonal aspects of nursing* (2. utg.). Philadelphia: F.A. Davis Company.