



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgåve i sjukepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	20-11-2017 09:00	Termin:	2017 HØST
Sluttdato:	01-12-2017 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinnskala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgåve i sjukepleie	Studiepoeng:	15
SIS-kode:	203 SK152 1 S 2017 HØST		
Intern sensor:	Ole Tormod Kleiven		

Deltakar

Namn:	Pål Magnus Hellesnes
Kandidatnr.:	34
HVL-id:	246526@hvl.no

Informasjon frå deltakar

Tal på ord *: 6990 **Tru- og loverklæring *:** Ja

Eg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgåva mi *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Den demente traumepasienten

Pål Magnus Hellesnes

Bachelor i sjukepleie

Avdeling for helsefag/institutt for sjukepleie/
Campus Førde

Rettleiar: Ole T. Kleiven

01.12.2017

Samandrag

Bakgrunn: Eldre menneske fell og slår seg kvar dag i norske heimar. Nokre av desse går det bra med, medan andre treng helsehjelp og ofte kirurgisk behandling. Mange av dei som vert innlagd har ein demenssjukdom. Dette betyr at ei brå omvelting i livet og eit sjukehusopphald kan vere ei stor påkjenning. I denne oppgåva skal eg ta føre meg korleis ein som sjukepleiar på ei sjukehuseining som behandlar traume, kan møte og ivareta desse pasientane på best måte.

Problemstilling: Korleis kan ein som sjukepleiarar ivareta og møte den demente traumepasienten?

Metode: I denne oppgåva har eg nytta litteraturstudie til å finne teori. Eg har nytta forskjellige databasar, pensumlitteratur, nettstadar og lovar for å skape eit teorigrunnlag eg har nytta i drøftinga på slutten av oppgåva.

Resultat/konklusjon: Eg har funne at det er særst lite forskning kring temaet eg har tatt føre meg. Dei artiklane eg har funne viser at det er ei samanheng mellom demens og traume, og at denne pasientgruppa krev ekstra mykje frå sjukepleiar. Det krev gode kunnskapar innan kommunikasjon og relasjonsbygging, samt evna til å sjå dei særskilde behova til menneske som slit med å fungere i kvardagen. For demente menneske som skadar seg kan det vere ekstra utfordrande å handtere, tolke og forstå situasjonen dei har hamna i. Det er opp til sjukepleiar å møte pasienten på best måte, slik at pasienten sin integritet, personlege ynskje og behov vert ivareteken og dekkja.

Nøkkelord: Demens, traume, hoftebrot, omsorg, sjukepleie

I think one should be extra careful at all times in connection with dementia. This might be the pace of your voice, the way you touch or move the patients or even when you put the cap on their head. Clearly, a patient with dementia will require more time to understand, if ever, what is happening to them in this frightening milieu.

- Sitat frå eit av intervjuobjekta i studien
«Experience of anaesthesia nurses of perioperative communication in hip fracture patients with dementia»
(Krupic, et al., 2016).

Innholdsliste

1. Innleiing.....	1
1.1 Samfunnsperspektiv.....	1
1.2 Bakgrunn for val av tema	1
1.3 Problemstilling	2
1.4 Avgrensing av problemstilling.....	2
1.5 Oppgåvas hensikt og sjukepleiefagleg relevans.....	2
1.6 Omgrepssavklaring	3
1.7 Oppbygging av oppgåva	3
2. Metode.....	4
2.1 Søk etter forskingslitteratur	4
2.2 Val av anna litteratur	5
2.3 Kjeldekritikk	6
3. Teori	7
3.1 Joyce Travelbee sin sjukepleieteori	7
3.2 Demens og traume.....	8
3.3 Kommunikasjon	10
3.3.1 Fireperspektivmodellen	10
3.4 Etikk.....	11
4. Presentasjon av forskning.....	12
5. Drøfting	14
5.1 Utfordringar og tiltak i møte med den demente traumepasienten	14
5.1.1 Aggresjon	15
5.2 Etikk, jus og demens	16
5.3 Utfordringar på avdelingsnivå - korleis auke pleiekvalitet?	18
6. Konklusjon.....	19
7. Referansar	20

1. Innleiing

1.1 Samfunnsperspektiv

I Noreg er det i dag om lag 77 000 demente personar. Det er rekna at dette talet vil doblast over dei neste tiåra (Nasjonalforeningen.no, 2017). Forsking visar at det er samanheng mellom demens og hoftebrot. I ein studie gjennomført av Yiannopoulou et al. (2012), viste det seg at om lag 85% av pasientane som vart innlagd med hoftebrot, hadde ein form for demens.

Andre studiar viser at det er særskilde utfordringar knytt til demens og traume. Krupic, et al., 2016 viser at kommunikasjon og praktiske utfordringar på eininga er spesielle omsyn ein må ta (Krupic, et al., 2016). McCorkell et al., 2017 omtalar kvaliteten på pleie som vert gitt på avdelinga og at den ikkje er god nok. Også her er kommunikasjon sentralt; både mellom personale og mellom personell og pasient. Forsøket som er omtala i artikkelen viser at kommunikasjon og kompetanseheving innan demens på eininga aukar pleiekvaliteten på eininga (McCorkell et al., 2017). Begge studiane kan tyde på at traume hos pasientar med ei demensliding på mange område er meir krevjande enn hos pasientar som har normal kognitiv funksjon.

I helsepersonellova §4 heiter det at «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig». Det vert forventa at ein som sjukepleiar skal kunne handtere situasjonar som inneber omsorg til demente pasientar, uansett kva eining ein er på. Difor er det ikkje berre gunstig for personale, pasientar og pårørande, men også lovpålagt. Personale utanfor spesialeiningar for demens skal ha tilstrekkeleg kunnskap om emnet for å sikre god, fagleg forsvarleg helsehjelp til pasientar med demens, også utover grunnlidinga dei er lagt inn for.

1.2 Bakgrunn for val av tema

Eg har valt å ta føre meg traumepasientar som lir av demens. Eg vil skrive om det då eg var i praksis på ein ortopedisk poliklinikk der eg ein dag vart sett til å halde auge med ein pasient der ein mistenkte ein fraktur i hofteregionen. Pasienten hadde langt komen demens, men var til vanleg fysisk oppegående og ganske sterk.

I byrjinga gjekk det greitt å passe på pasienten. Han var roleg og tolmodig og responderte godt då han vart orientert om kor han var og kvifor han var der. Ved nokre høve forsøkte han å sette seg opp og

kome seg ut av senga, og då verbal kommunikasjon ikkje fungerte, vart eg nøydd til å bruke fysisk makt for å plassere han tilbake i ein behageleg stilling medan eg forsøkte å tryggje han.

I denne oppgåva skal eg ta føre meg utfordringane ein kan møte i utøving av sjukepleie til demente pasientar med hoftebrot og andre ortopediske traume. Fokuset i oppgåva vil vere korleis ein møter og behandlar desse pasientane, viktigheita av å ivareta pasienten som ei heilheit og utøve god grunnleggjande sjukepleie. I tillegg skal eg ta føre meg lovverk og etiske problemstillingar knytt til tema.

1.3 Problemstilling

Problemstilling: Korleis kan ein som sjukepleiarar ivareta og møte den demente traumepasienten?

1.4 Avgrensing av problemstilling

Til oppgåva har eg valt å avgrense problemstillinga til demente pasientar med ortopediske traume på preoperative sjukehuseiningar. Då det er lite forskning på demente traumepasientar generelt, har eg valt å nytte litteratur om hoftebrot som utgangspunkt.

Eg har valt å ikkje avgrense alder då det hovudsakleg er eldre menneske som rammast av demens og hoftebrot. Eg vil fokusere på korleis eg som sjukepleiar kan møte desse pasientane så godt som råd, kva som er viktig å ta omsyn til i møte med den demente, samt korleis ein kan auka kvaliteten på pleie gitt på eininga. Grunna oppgåvas avgrensa omfang, har eg ikkje gått djupare inn på behova pårørande kan ha i den aktuelle situasjonen.

1.5 Oppgåvas hensikt og sjukepleiefagleg relevans

Talet på demente personar er på veg opp (Nasjonalforeningen.no, 2017), mange av personane råka av demens, bryt på eit tidspunkt hofta eller skadar seg på andre måtar. Det er då særst viktig at sjukepleiarar på einingar som har med traumebehandling å gjere er fagleg kompetente innan behandling av dette. Dei må òg vere i stand til å sjå demente som personar, ikkje berre pasientar. Likeins må dei kunne bygge relasjonar og trygge, slik at pasienten forstår så mykje som råd og er roleg og trygg på eininga og personalet.

1.6 Omgrepsavklaring

Grunnleggjande sjukepleie: «..Betegner den faglige plattformen av teoretisk kunnskap, ferdigheter og verdier som utgjør fundamentet i sykepleien, uavhengig av hvor utøvelsen finner sted» (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2015, s. 11).

Pasient: en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle» (pasient- og brukarrettslova, 1999, § 3).

Tvang: «[...]tiltak som tjenestemottakeren motsetter seg, eller tiltak som er så inngripende at de uansett motstand må regnes som bruk av tvang eller makt» (Fylkesmannen.no, 2017)

1.7 Oppbygging av oppgåva

Oppbygginga av denne oppgåva er basert på retningslinjer for oppgåveskriving. Kapittel ein inneheld innleiing der eg presenterer oppgåvas samfunnsperspektiv, problemstilling med avgrensing og sjukepleiefagleg relevans, samt forklaring på nokre sentrale omgrep.

Kapittel to omhandlar metode, litteratur og forskning. I dette kapittelet gjer eg greie for korleis eg har funne fram til forskingsartiklane og anna litteratur eg har brukt i oppgåva, ein kort presentasjon av dette og kjeldekritikk.

Kapittel tre tar føre seg den aktuelle teorien. Her presenterer eg teori om demens og hoftebrot, sjukepleieteorien til Joyce Travelbee, kommunikasjonsteori og fireperspektivmodellen, samt etikk og etiske prinsipp.

I kapittel fire finn ein drøftinga. Her tar eg føre meg utfordringar knytt til traume og demens, etiske og juridiske utfordringar ein kan kome borti i møte den demente traumepasienten.

Kapittel fem inneheld ein konklusjonsdel og ein kort oppsummering av erfaringar eg har fått under arbeidet med oppgåva.

Kapittel seks inneheld ei oversikt over kjelder eg har brukt.

2. Metode

«Metode» er ein måte å gå fram på for å avdekke ny kunnskap og løysingar. I Olav Dalland si bok, «Metode og oppgaveskriving for studenter, 5. utgave» (2012), vert metode definert slik:

Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Begrunnelsen for å velje en bestemt metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte (Dalland, 2015, s.71).

Metode delast grovt inn i kvalitative og kvantitative metoder. Kvalitative metoder nyttast om det skal forskast på ting som ikkje kan talfestast eller målcast. Kvantitative metoder gir oss målbar data i form av tal ein kan nytte til å utføre rekneoperasjonar eller å finne gjennomsnittstal eller prosentdelar i forskjellige settingar. Begge desse metodane hjelper ein til å få betre forståing av samfunnet ein lev i, grupper og institusjonar og korleis dei samhandlar (Dalland, 2015, s. 112).

Til denne oppgåva har eg nytta litteraturstudie som metode. Litteraturstudie er ei metode der studiet baserer seg på litteratur som allereie finnast om emnet ein har valt. Litteraturen ein finn skal vere med å svare på problemstillinga ein har laga .

Grunnen til at eg har nytta litteraturstudie er at eg ville finne ut kor mykje forskning det var omkring temaet eg har valt. Gjennom litteraturstudie kan eg samstundes auke eige kunnskapsnivå kring temaet, samt finne ut om mine eigne meiningar, erfaringar og oppfatning kring temaet samsvarar med forskinga eg har funne. Ein svakheit eg ser i litteraturstudie som metode, er at eg sjølv må analysere og tolke litteraturen eg finn, noko som gjer at informasjonen eg får kan verte feiltolka og misforstått.

2.1 Søk etter forskingslitteratur

Til oppgåva søkte eg i databasane Academic Search Elite (ASE), Cinahl, Cinahl med fulltekst, The Cochrane Library og SveMed+. Eg nytta søkeorda «Hip fracture», «Trauma»,«Patient», «Dementia», «Care», «Nursing» og «Hospital». Kvar for seg gav dei forskjellige søkeorda for mange treff til at eg kunne skilje ut og finne relevante artikkelar. Eg kombinerte derfor alle søkjeorda med «AND».

I følgje Dag Ingvar Jacobsen (2010), skal empirien ein bruker oppfylle to krav. Desse krava er at empirien må vere gyldig og relevant, og at den må vere påliteleg og truverdig (Jacobsen, 2010, s. 20). Til denne oppgåva har eg nytta forskjellige inklusjons- og eksklusjonskriterie. For at artikkelen skulle inkluderast måtte den:

- Artikkelen skulle inkludere demente pasientar med ortopediske traume på ei sjukehuseining (unntak dersom det var ei prevalensstudie kring samanhengen mellom demens og hoftebrot/traume).
- Artikkelen skulle handle om sjukepleie og/eller utfordringar knytt til sjukepleie til den aktuelle pasientgruppa
- Artiklar som var eldre enn 10 år vart ikkje vurdert.

Eg søkte fyrst i ASE, Cinahl og Cinahl med fulltekst. Frå desse databasane fann eg fram til 36 aktuelle artiklar. Ved å lese abstrakta til desse og bruke kriteria mine til å vurdere dei, enda eg opp med å bruke to av desse. Frå ASE og Cinahl nytta eg «Care of patients with dementia in an acute trauma and orthopaedics unit» (McCorkell, et al., 2017) og «Experience of anaesthesia nurses of perioperative communication in hip fracture patients with dementia» (Krupic, et al., 2016).

Neste database eg nytta var The Cochrane Library. Med dei same søkjeorda fann eg fram til to prevalensstudiar: «Prevalence of dementia in elderly patients with hip fracture. Hip International» (Yiannopoulou, et al., 2012) og «Prevalence of Dementia and Cognitive Impairment Among Older Adults With Hip Fractures» (Seitz, et al., 2011).

SveMed+ gav ingen relevante resultat.

2.2 Val av anna litteratur

Til denne oppgåva nytta faglitteratur eg har frå sjukepleiestudiet: Geriatrisk sykepleie (Brodtkorb, Kirkevold & Ranhoff, 2014), Grunnleggende sykepleie bind 1 og 3 (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2015), Bære eller breste – Kommunikasjon og relasjon i arbeid med menneske (Røkenes & Hanssen, 2012), Omtanke – en innføring i sykepleiens etikk (Nortvedt, 2014) og Forståelse av menneske – innføring i psykologi for helsefag (Renolen, 2008). Desse bøkene handlar mykje om det menneskelege og psykologiske aspektet ved sjukepleie. Av bøker som er meir retta mot medisinsk og behandling, har eg nytta: Sykdom og behandlig (Ørn, Mjell & Bach-Gansmo, 2014), Menneskekroppen – fysiologi og anatomi (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2014) og Akuttmedisinsk sykepleie – utenfor sjukehus (Haugen & Knudsen, 2012).

Av litteratur som omhandlar sjukepleie- og forskingsteori har eg nytta: Forståelse, beskrivelse og forklaring (Jacobsen, 2015), Metode og oppgaveskriving (Dalland, 2015) og Sykepleieteorier – analyse og evaluering (Kirkevold, 1998)

Eg har og nytta aktuelle nettsider for å finne statistikk, definisjonar og anna informasjon.

Av lovar har eg nytta:

- Lov om helsepersonell (helsepersonellova) (1999)
- Lov om pasient- og brukarrettslova (pasient- og brukarrettslova) (1999)

2.3 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk er metodane ein har nytta til å fastslå om ei kjelde er sann (Dalland, 2015, s. 67). I mitt søk etter kjelder til denne oppgåva, har eg funne at det er lite forskning kring temaet demens og traume.

Anna litteratur

Eg har vurdert desse bøkene som truverdige og relevante då dei framleis er i bruk på Høgskulen på Vestlandet.

Nettsidene eg har nytta er enten statleg regulert, eller anerkjent på internasjonal basis. Difor har eg vurdert informasjonen eg har funne på nett som truverdig.

Krupic, et al. (2016): Experience of anaesthesia nurses of perioperative communication in hip fracture patients with dementia.

Denne studia er gjennomført i Sverige. Etersom både Sverige og Noreg er nordiske land med mange av dei same kulturane, har eg vurdert informasjonen i denne artikkelen til å vere særst relevant. Det er nytta intervju som metode, noko som gir detaljerte og utfyllande svar. Ei svak side med intervju er at intervjuar har høve til å tolke eller misforstå alt som vert sagt, noko som kan endre eller skjule kva intervjuobjektet eigentleg har meint (Dalland, 2015, s. 151).

McCorkell, et al. (2017): Care of patients with dementia in an acute trauma and orthopaedics unit.

Eg har valt å ta med denne studia då den tar føre seg pleie gitt til demente traumepasientar. Den omtalar også pleiekvalitet og dokumentasjon av demens og sjukepleie. Det er i studia nytta andrehandsinformasjon henta frå dokumentasjonssystema på eininga, noko som gjer denne informasjonen utsett for tolking. Data som er nytta i studien er frå 2013, så den tek ikkje omsyn til om noko har endra seg frå tidspunktet for innhenting til ferdigstilling av studia.

Seitz, et al. (2011): Prevalence of Dementia and Cognitive Impairment Among Older Adults With Hip Fractures.

Denne studie er ei systematisk oversikt som har gått gjennom fem prevalensstudiar om demens og hoftebrot. Eg har nytta denne artikkelen då den er relevant til oppgåva for å gi eit bilde av kor mange av personane som bryt hofta som har demens. Ei systematisk oversikt er i følgje Norsk Helseinformatikk det beste ein har innan forskning (NHI.no, 2017).

Yiannopoulou, et al. (2012): Prevalence of dementia in elderly patients with hip fracture.

Dette er også ei prevalensstudie. Studia er gjennomført i Hellas. Eg har valt å bruke denne av same grunn som eg har brukt Seitz, et. al (2011). Denne studie er gjennomført som ein kvantitativ metode der til saman 160 menneske (80 med hoftebrot og 80 i ei kontrollgruppe) har blitt undersøkt for demens etter eit sjukehusopphald. Studia er relevant då den gir eit bilete av risiko for hoftebrot hos demensramma menneske.

3. Teori

3.1 Joyce Travelbee sin sjukepleieteori

Joyce Travelbee gav i 1966 ut boka «Interpersonal aspects of nursing». Eg har nytta Marit Kirkevold sitt verk om sjukepleieteoriar, «Sykepleieteorier – Analyse og evaluering, 2. utgave» (1998). Joyce Travelbee argumenterer for at ein i sjukepleie må forstå kva som skjer mellom pleiar og pasient. Det er også vesentlig at ein forstår korleis interaksjon mellom desse opplevast og kva konsekvensar dette har for pasienten (Kirkevold, 1998, s. 113). Joyce Travelbee definerer sjukepleie slik:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og, om nødvendig, å finne mening i disse erfaringene (Kirkevold, 1998, s. 113).

Travelbee forkastar omgrepa «pasient» og «sjukepleiar» då dette er omgrep som generaliserer personar og plasserer dei i felles grupper. Travelbee meiner dette er feil då alle menneske er unike, at alle menneske har likheiter, men samstundes vil det aldri finnast ein annan person som er heilt lik ein annan på alle måtar. Konsekvensane av slik generalisering eller stereotypisering kan vere at dei spesielle kvalitetane som kvar enkelt individ har, vert oversett, nedprioritert og at ein person blir redusert til noko generelt. Dette gjeld både for pleiarar og pasientar (Kirkevold, 1998, s.114).

Travelbee legg vekt på at ein som sjukepleiar skal møte pasientar med eit «menneske-til-menneske-forhold». For at ein skal oppnå dette har ho definert fem interaksjonsfasar ein må gjennom for at dette skal gå:

Det innleiande møtet: Denne fasa er prega av stereotype oppfatningar frå begge sider. Det er viktig at sjukepleiar bryt dei stereotype oppfatningane og ser pasienten som eit unikt menneske. I denne fasa vert også førsteinntrykket danna (Kirkevold, 1998, s. 117).

Framvekst av identitetar: Her vert dei første banda danna, pasienten byrjar å sjå sjukepleiaren sin identitet og personlegdom og omvendt. Sjukepleiaren byrjar å forstå korleis pasienten oppfattar sin eigen situasjon (Kirkevold, 1998, s.117).

Empati: «Empati er en erfaring som finner sted mellom to eller flere individer. Det er i sak evnen til å gå inn i eller dele og forstå et annet individs psykologiske tilstand i et bestemt øyeblikk». Når empati har skjedd, endrar dette for alltid korleis dei involverte samhandlar i forholdet (Kirkevold, 1998, s. 117)

Sympati: «Sympati er ekte bekymring for den andres lidelse, kombinert med ønsket om å avhjelpe denne» (Kirkevold, 1998, s. 118). Dette er strengt tatt ikkje ei fase i prosessen der ein lærar å kjenne, men snarare ei haldning, ei tankegang og ei kjensle ein kommuniserar til pasienten (Kirkevold, 1998, s. 118).

Gjensidig forståing og kontakt: I den siste fasen er banda, forståing for den andre, felles tankar og haldningar etablert (Kirkevold, 1998, s. 118).

3.2 Demens og traume

I dag er det om lag 77 000 menneske som er ramma av demens i Noreg. I følge Nasjonalforeininga for folkehelsa, vil dette talet truleg doblast innan 2040 (Nasjonalforeininga for folkehelsa, 2017). Talet på personar som får demens går opp om lag 10 000 i året (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2014, s. 412). Demens er eit syndrom og ei diagnose som brukast om symptom frå forskjellige sjukdommar som rammar hjernen og forårsakar nedsett kognitiv funksjon (Ørn, Mjell & Bach-Gansmo, 2011, s.326). Det finnst fleire sjukdommar som kan forårsake demens, men sidan oppgåva handlar om demente generelt, går eg ikkje meir inn på dei forskjellige typane.

Symptoma på demens kan variere frå person til person, men inneber som regel nedsett hukommelse, spesielt for nyare data. I tillegg til hukommelse, vert også læringsevna påverka, og det vert vanskelegare å ta til seg ny informasjon og tilarbeide og lagre dette. Det finnst fleire grader av demens. I Noreg

nyttar ein offisielt det internasjonale systemet ICD-10 (Kirkevoll, Brodtkorb & Ranhoff, 2014, s. 411).

Dette systemet graderer demens slik:

1 1. Svekkelse hukommelse, spesielt for nyare data

2. Svikt av andre kognitive funksjoner

(dømmekraft, planlegging, tenking, abstraksjon)

Mild: Verkar inn på evna til å klare seg i dagleglivet

Moderat: Kan ikkje klare seg utan hjelp frå andre

Alvorleg: Kontinuerleg tilsyn og pleie er nødvendig

2 Klart medvit

3 Svikt av emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial åtferd;

minst eitt av følgande:

1. Emosjonell labilitet

2. Irritabilitet

3. Apati

4. Unyansert sosial åtferd (Kirkevoll, Brodtkorb & Ranhoff, 2014, s. 411)

Ordet «traume» kjem frå gresk og betyr «sår» eller «skade» (Renolen, 2008, s. 154). I denne oppgåva bruker eg ordet traume som eit omgrep for fysisk skade. Ortopediske traume er alvorlige skadar på musklar, sener og skjelett som krev behandling (Emory Healthcare, 2017).

Hoftebrot delast grovt inn to forskjellige hovudgrupper: Fractura colli femoris og pertrokantære frakturar. I følge Folkehelseinstituttet er det om lag 9000 menneske som bryt hofta kvart år i Noreg. Etter år 2000 vart det påvist ei klar nedgang i kor stor del av personar over 50 år som bryt hofta, men talet på hoftebrot ligg framleis på rundt 9000 grunna vekst i folketal (Folkehelseinstituttet, 2017).

Hoftebrot kan vere relativt ufarleg, men kan også gje livstruande blødingar (Haugen & Knudsen, 2008, s. 207). Det er derfor viktig med rask og riktig behandling. Behandling for hoftebrot gjerast ved kirurgiske inngrep (Ørn, Mjell & Bach-Gansmo, 2011, s.479).

3.3 Kommunikasjon

3.3.1 Fireperspektivmodellen

Fireperspektivmodellen er ein modell for kommunikasjon og samhandling presentert i Røkenes & Hanssen si bok, «Bære eller briste» (2012).

Eigenperspektivet

Eigenperspektivet handlar om korleis ein sjølv ser verden. I løpet av livet får vi erfaringar og kunnskap, vi utviklar meiningar, haldningar og personlegdom. Alle desse faktorane gjer at vi i ein kvar situasjon kjem inn med ein for-forståing og ein sjølvforståing som har betydning for korleis ein oppfattar andre sin åtferd. Det har også betydning for korleis ein stiller seg til verda kring oss og andre menneske (Røkenes & Hanssen, 2012, s.40).

Andreperspektivet

Andreperspektivet omfattar korleis andre menneske oppfattar og tolkar verda rundt seg. Ingen menneske er heilt like (Røkenes & Hanssen, 2012, s.41). Forskjellar i kultur, alder, språk, oppseding og seksualitet er forskjellar ein som medmenneske vil møte i livet. Som sjukepleiar er det særst viktig at ein tek hand om og respekterer andreperspektivet.

Det intersubjektive opplevingsfellesskapet

Det intersubjektive opplevingsfellesskapet, det tredje perspektivet, handlar om det fellesskapet som oppstår når menneske kommuniserer og gjer ting i fellesskap. Når ein kommuniserer med andre menneske vil ein kunne forstå meir korleis den andre oppfattar og tolkar verda rundt han. Dette fellesskapet vil gjere at ein kan kjenne at ein blir møtt av andre. I tillegg vil det gjere at ein sjølv vil ta til seg og gi frå seg erfaringar, noko som igjen gjer at ein tar til seg nye erfaringar og idéar. Nye idear og erfaringar vil kunne endre og utvide vår forståingshorisont (Røkenes & Hanssen, 2012, s.42).

Samhandlingsperspektivet

Samhandlingsperspektivet er eit metaperspektiv, det vil seie at det er eit perspektiv ein kan bruke for å observere, reflektere over og forstå samhandling og relasjon mellom menneske (Røkenes & Hanssen, 2012, s.42).

3.4 Etikk

Etikk og etisk tenking er ikkje nye idear. Ethiske prinsipp finn ein i antikkens medisin, så vel som dagens. Ikkje skade- og velgjeringsprinsippet sto sentralt i hippokratisk etikk. Dette veit ein då både eutanasi og abort var forbode. I seinare tid har dei sentrale omgrepa blitt klart definert av helsepersonell, filosofar og andre. I 1978 vart omgrep som fekk stor innflyting på etisk tenking innan helsevesenet lansert (Nortvedt, 2014, s. 95). Av dei omgrepa, er det tre som er nemnt seinare i teksten. Eg skal no ta føre meg kvart av prinsippa.

Respekt for autonomi (autonomiprinsippet)

Dette etiske prinsippet heng saman med tanken om at mennesket er i stand til kritisk tenking og sjølvrefleksjon. Evna til kritisk sjølvrefleksjon gjer mennesket til i stand til å vurdere og reflektere over eigne tankar og handlingar. Dette gjer at ein kan sjå mennesket som ein sjølvbestemmande – autonomt – vesen. Ideen om det autonome mennesket og respekt for andre sin autonomi kan forklarast med at det ikkje går an å tenkje på seg sjølv som eit sjølvbestemmande vesen, utan å ha ein tilsvarende respekt for andre sin rett til sjølvlovgiving og deira val.

For at det skal vere eit poeng i det heile tatt å snakke om autonomiprinsippet, må ein sørge for at pasienten er informert om og klar over konsekvensane av valet han/ho står ovanfor (Nordtvedt, 2012, s.139). Pasient- og brukarrettslova, kap. 3 er tydeleg på at pasientar har rett på å få informasjon som er naudsynt for at dei skal kunne ta avgjersler basert på fakta.

Velgjeringsprinsippet

Velgjeringsprinsippet går dels ut på at ein som sjukepleiar skal gjere det beste for pasienten, uavhengig av pasientens historie, sosiale rang, relasjon med pleiar etc. Prinsippet tar føre seg det faktum at ein som sjukepleiar skal sjå pasientens subjektive og objektive behov, og utøve sjukepleie på best mogleg måte. Dette prinsippet er fundamentet i sjukepleie og alt av helserelatert arbeid (Nordtvedt, 2012, s.96).

Sjukepleiaranes yrkesetiske retningslinjer seier at «Sykepleieren viser omsorg for alle som lider, uansett årsak til lidelsen» (Nordtvedt, 2012, s.96). Dette er viktig å tenke på då ein seinare i oppgåva ser at det kan finnast forskjellige opplevingar og oppfatningar av kva god omsorg kan vere.

Ikkje skadeprinsippet

Ikkje skadeprinsippet handlar kort sagt om kva ein ikkje skal gjere mot pasienten. Det handlar om at ein som sjukepleiar har eit ansvar for å minimere eventuell smerte og ubehag ein påfører pasientar under gjennomføring av sjukepleie og prosedyrar. Ikkje skadeprinsippet handlar om varsamheit, godt handlag, sinnelag og omtanke i utøving av sjukepleie (Nordtvedt, 2012, s.97).

4. Presentasjon av forskning

I dette kapittelet skal eg presentere forskingsartiklane eg har nytta til oppgåva. Av forskingsartiklar har eg funne fire relevante; to prevalensstudiar for å kartleggje omfanget av temaet og to andre studiar for å avdekke utfordringar og erfaringar omkring det valte temaet.

Krupic, F., Eisler, T., Sköldenberg, O., & Fatahi, N. (2016). Experience of anaesthesia nurses of perioperative communication in hip fracture patients with dementia. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*.

I abstraktet til artikkelen kjem det fram at det frå før er lite forskning på temaet.

Fem mannlege og fem kvinnelege anestesiusjukepleiarar med mellom seks til 28 års erfaring tok del i studiet. Kvar enkelt deltakar vart intervjuet individuelt (djupneintervju) for å avdekke kva dei fann utfordrande med arbeid med demente pasientar. Denne artikkelen omhandlar utfordringane med demente pasientar pre- og perioperativt. Det vert funne at kommunikasjon, tolmod, relasjonskompetanse og relasjonsbygging, evne til å formidle informasjon godt er viktig i møte med demente. Utfordringar som vert nemnt er stramme tidsskjema, aggresjon, nedsett hukommelse og evne til å ta til seg informasjon.

McCorkell, G., Harkin, D., McCrory, V., Lafferty, M., & Coates, V. (2017). Care of patients with dementia in an acute trauma and orthopaedics unit. *Nursing Standard*.

I denne studia har McCorkell et al. studert kvaliteten på pleia som vert gitt til demente på ei akuttortopedisk eining. Ved å gå gjennom pleiedokumentasjonen til 20 pasientar med demens og observere korleis dei tilsette ved eininga utøvde sjukepleie til demente, vart det kartlagt at pleiekvaliteten var for låg. Det vart også kartlagt at hos 25% (n=5) av dei 20 pasientane, var det manglande dokumentasjon om kva type og grad av demens dei hadde.

Dei tilsette ved eininga gjekk gjennom opplæring for å auke fagleg kompetanse innan demens og rutinar for dokumentasjon, gjenkjenning og synleggjering av demens vart utbetra. I tillegg vart det laga eit demenssett som inneheldt informasjon og tips om korleis kommunisere og samhandle med demente menneske.

Det vart funnen at klar kommunikasjon mellom pleiarar-pleiar og pleiar-pasient, samt heving av kompetansenivået på eininga og utviklinga av eit demenssett kan heve nivået på omsorga demente pasientar får på ei traumeining.

Seitz, D. P., Adunuri, N., Gill, S. S., & Rochon, P. A. (2011). Prevalence of Dementia and Cognitive Impairment Among Older Adults With Hip Fractures. *Journal of the American Medical Directors Association*.

Denne artikkelen er ei systematisk oversikt. For å samle data har forfattarane gått gjennom elektroniske kjelder for å finne fram til tidlegare studier som omhandlar hoftebrot og demens. Dei har funne at om lag 19,2% av alle med hoftebrot har ein eller annan form for demens.

Yiannopoulou, K. G., Anastasiou, I. P., Ganetsos, T. K., Efthimiopoulos, P., & Papageorgiou, S. G. (2012). Prevalence of dementia in elderly patients with hip fracture. *Hip International*.

Denne studia vart gjennomført over eitt år. Alle pasientane som vart innlagd med hoftebrot vart dokumentert med kjønn og alder. I tillegg vart det laga ei kontrollgruppe som bestod av pasientar som vart innlagt for andre kirurgiske grunnar. Då eitt år var gått, valte dei 80 av pasientane med hoftebrot og samla dei i ei gruppe. Det same vart gjort med 80 av dei innlagt av andre grunnar for å danne ei kontrollgruppe.

Det vart fastslått at 85% av pasientane med hoftebrot hadde ei form for demens. Fleire av dei hadde ikkje ei demensdiagnose då dei vart innlagt for hoftebrot. I kontrollgruppa var det 61% av deltakarane som hadde demens.

5. Drøfting

Kva er spesielt med den demente traumepasienten? Dersom ein kognitivt velfungerande person skulle bryte hofta, ville det nok ikkje vore vanskeleg for den personen å forstå at han treng helsehjelp fort. Han ville nok vore redd, fortvila, smertepåverka og usikker, men han hadde nok ikkje hatt problem med å skjønne sin eigen situasjon. I dette kapittelet skal eg ta føre meg og drøfte nokre av dei mest vanlege utfordringane knytt til demens og korleis kan ein som sjukepleiarar kan ivareta og møte den demente traumepasienten.

5.1 Utfordringar og tiltak i møte med den demente traumepasienten

Hos demente kan evna til å planleggje og hugse praktiske forhold verte betydeleg redusert (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2014, s. 413). Dette kan gjere det vanskeleg for ein dement person å hugse ting han/ho blir fortalt av sjukepleiarar og leger. McCorkell, et al. (2017) argumenterer for at demente pasientar ofte ikkje forstår informasjonen og instruksane dei får, og at dei som regel ikkje har same evne til å spørje om hjelp om det er noko dei har behov for.

I denne oppgåva har eg nytta pasientomgrepet konsekvent. Sjølv om Joyce Travelbee ikkje nyttar pasientomgrepet, finn ein viktige teoriar i det ho skriv om arbeid med menneske. Kanskje spesielt i sjukepleie til demente, treng kvar pasient ei individuelt tilpassa og personsentrert tilnærming. Dette underbyggjast av både McCorkell et al. (2017) og Krupic et al. (2016). McCorkell et al. (2017) hevder at ei personsentrert tilnærming basert på bakgrunnskunnskap samla frå pårørande og journalar, er ein god måte å sikre at pasienten blir møtt med auka forståing for det han prøver å formidle, noko som vil hjelpe sjukepleiaren å sjå behova til pasienten.

Dei fire perspektiva innan kommunikasjonsteorien til Røkenes & Hanssen (2012), kan på nokre måtar sjåast som kommunikasjonsteorien sitt motstykke til Joyce Travelbee (Kirkevold, 1998) sine fem fasar. Ein trekke parallellar mellom tre av dei fire perspektiva til Røkenes & Hanssen og fase nummer ein og to og nytte dette i sjukepleie og møte med pasienten. Eigen-perspektivet og andre perspektivet hamnar innunder det innleiande møtet der begge partar sitt syn på den andre er prega av førsteinntrykk og eigne oppfatningar av den andre. Det er då opp til sjukepleiar å sørge for å sette sin eigen verden og perspektiv til side, slik at han kan forstå pasienten sin oppfatning av det som skjer (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 89). Det intersubjektive fellesskapet kan koplast mot Travelbee sin andre fase. Her skjer det utveksling av erfaringar og inntrykk, mykje det same som vert omtala i fase to der framvekst av identitetar og forståing for den andre sin situasjon vert til.

Som sjukepleiar med ansvar for den aktuelle pasienten og hans velvære, må ein klare å sette seg inn i pasienten sin situasjon og forsøke å finne ut korleis han oppfattar sin eigen situasjon. Røkenes & Hanssen (2012) seier at det er ei grunnleggande oppgåve at ein i yrkessamanheng klarar å finne pasienten der han er og sørge for at hans perspektiv blir ivareteke. Når ein har kartlagt korleis pasienten oppfattar sin eigen situasjon og korleis ein sjølv oppfattar situasjonen, har ein etter kvart danna det intersubjektive fellesskapet. Gjennom å arbeide med pasienten, kommunisere og bygge relasjon, vil dette fellesskapet utvidast og situasjonsforståinga vil aukast (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 42).

Nokre gonger er det ikkje sikkert det er høve til å byggje eit slikt fellesskap då pasientar kan gløyme kvifor dei er i den aktuelle situasjonen, til tross for gjentatt informasjon og forklaring. I følge Kirkevold, et al. (2014) har menneske med demens gjerne nedsett hukommelse, då spesielt korttidshukommelse. I artikkelen til Krupic, et al. (2016) kjem det fram at det varierer frå pasient til pasient kor mykje dei hugsar, avhengig av kor langt demenssjukdommen har utvikla seg. Nokre pasientar er klar over at dei har skada seg, men klarer ikkje å uttrykke korleis dei har det, eller gi informasjon om tidlegare sjukdommar eller annan informasjon ikkje-demente ville klart å formidle. Andre pasientar klarar ikkje hugse frå eit sekund til eit anna kvifor dei skal opererast (Krupic, et al., 2016). Dersom ein har vanskar med å kommunisere med pasienten, kan ein forsøke å reflektere over korleis ein kommuniserer. Refleksjon og kommunikasjon med pasienten om korleis ein sjølv som sjukepleiar formidlar informasjon til pasienten (metakommunikasjon), kan hjelpe å avdekke om pasienten skjønner det ein forsøker å formidle eller ikkje. «Forstår du kva eg meiner?» kan vere eit eksempel på slik kommunikasjon (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 42).

5.1.1 Aggresjon

Sjukdom og skade kan i nokre tilfelle utløyse ei krise (Renolen, 2008, s. 175). I ei krise kan menneske reagere med aggresjon (Renolen, 2008, s. 165). Pasientar med sterke smerter og som ikkje forstår kva som skjer med dei og rundt dei, kan oppleve ei innlegging på sjukehus som ei krise. Stress kan også utløyse aggresjon og sinne (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2015, s. 139). Om ein pasient som ikkje skjønner kva som skjer rundt seg, i tillegg opplever smerter, vil dette naturleg nok vere stressande. Frykt, uro og aggresjon er då naturlege reaksjonar. At pasientar vert aggressive har eg sjølv erfart gjennom arbeid i demensomsorg og akuttpsykiatri. Aggressive pasientar kan verke skremmande, og gjere at ein ikkje tør å vere nær pasienten. I studia til Krupic, et al (2016) kjem det fram at aggressive pasientar kan vere særst utfordrande då dette gjer kommunikasjon og tilnærming vanskeleg. I følge Renolen (2008) må ein ikkje gå i forsvar dersom ein pasient er sint, men heller forsøke å formidle at ein gjer det ein kan for å

hjelpe pasienten. Dersom ein pasient vert agitert kan det vere gunstig å forsøke å roe ned situasjonen før den eskalerer til ei utagering der pasienten vert valdeleg. For å unngå utageringar og redusere aggresjon, må sjukepleiar først og fremst finne ut kva som er årsaka til slik åtferd. Dersom det er smerter eller ubehag, må dette behandlast medikamentelt. Det er og viktig at pasienten ikkje har unormal eliminasjon (urinretensjon, obstipasjon), så dette må kontrollerast og korrigerast. Tiltak for det kan vere eingongskateter og behandling av obstipasjon (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 20114, s. 460). Det er ikkje sikkert det er mogleg å finne ut kva det er som plagar pasienten før han har roa seg ned att. Ein må då forsøkje å snakke med pasienten og skape trygge, rolege omgjevnadar. I nokre tilfelle er ei løysing på agiterte pasientar å la dei få vere i fred til dei har roa seg (Krupic, et al., 2016). Dersom ein ikkje får roa ned pasienten ved hjelp av samtale, kan ein i samråd med lege forsøkje å gi roande medikament (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 20114, s. 460).

5.2 Etikk, jus og demens

I arbeid med menneske er det naturleg å snakke om etikk og etiske problemstillingar. Med demens er det ikkje annleis; tvert i mot er det nok meir aktuelt å diskutere etikk når ein snakkar om demente menneske med somatisk skade enn med kognitivt velfungerande. Dei tre prinsippa som er omtala tidlegare i teksten går ut på at ein skal gjere det som er best for pasienten, utan at dette går utover hans integritet og sjølvråderett (autonomi) (Nortvedt, 2014, s. 48).

Velgjeringsprinsippet som er presentert i boka til Nortvedt (2014), handlar om å gjere det beste for pasienten. Kva som er det beste for pasienten er ikkje alltid like lett å forstå då nedsett evne til kommunikasjon og formidling av eigne behov ofte er svekka hos demente (Krupic et al., 2016). Kva gjer ein då dersom ein pasient ønsker noko som heilt openbart ikkje er det beste for han? Då kan det hende at ein får ei konflikt mellom to av prinsippa. På den eine sida skal ein i følgje autonomiprinsippet og respekt for kvart enkelt menneske sin råderett over eige liv og kropp. Skal ein då la den gamle, skrøpelege pasienten som kanskje ikkje veit kva han gjer og konsekvensane av dette få gjere som han vil i augeblikket? Det kan då hende at ein blir nøydd til å la eit av dei to prinsippa som er nemnd i dette avsnittet vege tyngre enn det andre.

For å diskutere autonomi er det i følgje Nortvedt (2012) vesentleg at pasienten er samtykkekompetent og i stand til å ta avgjersler på eige hand. Det betyr at dersom ein person ikkje er i stand til å uttrykke val, forstå informasjon knytt til helsehjelpa han skal få, eller å ta inn og forstå informasjonen han får, er han ikkje samtykkekompetent. Han må også vere i stand til å vurdere relevant informasjon og vege handlingsalternativa opp mot kvarandre (Nortvedt, 2012, s. 154).

Som fireperspektivmodellen kan sjåast som motstykket til Travelbee sine fem fasar, kan Autonomiprinsippet på nokre måtar sjåast som pasient- og brukarrettslova sitt etiske motstykke. Autonomiprinsippet talar for at pasienten skal ha høve til å bestemme over seg sjølv og avgjerslene som takast om han (Nortvedt, 2012, s. 97). I følgje § 1-1 i Pasient- og brukarrettslova (1999) er formålet med lova «[...] å gi pasienter og brukere rettigheter ovenfor helse- og omsorgstjenesten». § 4-1 i pasient- og brukarrettslova (1999) omtalar høve helsepersonell har til å sjå bort i frå pasienten sine eigne ynskjer når det gjeld samtykke til å ta i mot helsehjelp slik:

Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen

På den eine sida kan ein pasient som er samtykkekompetent nekte å ta i mot helsehjelp dersom han er over 18 år, har rettsleg handleevne og har forstått konsekvensane av manglande behandling (pasient- og brukarrettslova §4-9, 1999). På den andre sida seier helsepersonellova § 7 at:

«Helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Med de begrensninger som følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9, skal nødvendig helsehjelp gis selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke, og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen.»

Dersom ein pasient lir av alvorlig demens og ikkje er i stand til å ta inn og behandle ny informasjon og vurdere konsekvensar, er han ikkje samtykkekompetent (Nortvedt, 2012, s. 152). Om ein pasient som ikkje er samtykkekompetent bryt hofta eller skadar seg så alvorleg på andre måtar at han må ha behandling for å hindre vidare skade eller død, er helsepersonell nøydd til å forsøke gjennom samtale å få han til å gå med på behandling. Om dette ikkje går, kan helsepersonell nytte tvang for å utføre behandlingstiltak for pasienten, sjølv om han skulle motsette seg dette fysisk, jamfør pasient- og brukarrettslova § 4A-3 (1999). Behandling mot pasienten sin vilje er eit eksempel på at sjølvråderetten kan verte ignorert då velgjeringsprinsippet veg tyngre av omsyn til pasienten. Ikkje skadeprinsippet står framleis sentralt i denne situasjonen då ein som sjukepleiar skal utøve pleie så skånsamt som råd, utan å påføre pasienten unaudsynt smerte og/eller skade (Nortvedt, 2012, s. 97).

5.3 utfordringar på avdelingsnivå - korleis auke pleiekvalitet?

Om ein ser på studiane til Yiannopoulou, et al. (2012) og Seitz et al. (2011) ser ein at det er samanheng mellom demens og hoftebrot. Sidan demente ofte har nedsett orienteringsevne og evne til å bedømme avstand, kan ein tenkje at dei er meir utsett for fall (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2014, s.416).

Studien til Yiannopoulou, et al. (2012) seier også at demens er vanleg for pasientar som er innlagd på traumeiningar for andre orsakar enn hoftebrot også. Sidan talet demente kjem til å doblast over dei neste tiåra (Nasjonalforeningen.no, 2017), vil det vere fornuftig at sjukehuseiningar forbereder seg på dette, slik at dei kan gi god, forsvarleg pleie til pasientane sine.

For at ein skal kunne gi god og forsvarleg sjukepleie er det vesentleg at sjukepleiar søkjer opp og tar til seg ny teoretisk kunnskap (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2015, s. 192). Kunnskap om demens er viktig for å forstå korleis ein skal møte den demente (McCorkell, et al. 2017). For at sjukepleiarar skal vere komfortable når dei møter demente, må ei eining legge opp til at alle som jobbar der har kunnskapar og ferdigheiter om demens og menneskekontakt. Dersom dei ikkje har det, kan dette føre til at pleia som blir gitt til dei demente pasientane på eininga, ikkje er tilfredsstillande (McCorkell, et al., 2017).

Om ei tar utgangspunkt i studien til McCorkell, et al. (2017), kjem det fram at kunnskapsnivået om demens på den aktuelle eininga, er for lågt. Dette fører til at pasientane på eininga får pleie som ikkje er slik den burde vere. Personalet som jobbar på eininga er vane med ortopediske skader, men har ikkje nødvendigvis nok kunnskap om demens til å møte demente pasientar på ein god måte (McCorkell, et al., 2017). Så korleis kan ein auke kvaliteten på pleie som blir gitt til demente? McCorkell et al. (2017) fann i si studie at før ein kan løyse problemet med suboptimal pleiekvalitet, må ein kartleggje omfanget av problemet. For å finne ut av dette kan ein observere arbeidet som vert utført på avdelinga og vurdere dokumentert pleie og verknad av denne (McCorkell, et al., 2017).

I arbeid med demens må ein bruke personlege eigenskapar, relasjonskompetanse og teoretisk kunnskap om demens for å utøve så god sjukepleie som råd. Det er opp til kvar enkelt sjukepleiar å sørge for at han/ho utøver forsvarleg sjukepleie (Helsepersonellova § 4, 1999). Leiinga har også eit ansvar for å sørge for at personalet kan utøve faget forsvarleg (Helspersonellova § 16, 1999). Leiinga på avdelinga kan lage ein plan på korleis ein vil utbetre problemet for å sikre auka pleiekvalitet på eininga. Med god opplæring av personalet, kommunikasjon og informasjon, kan pleiekvaliteten aukast (McCorkell, et al., 2017).

Tid er også noko ein må ta i betraktning når ein snakkar om demente. Å bruke tid på pasientar er ein vesentleg del av sjukepleiarrolla, men diverre er det eit gjennomgåande problem i helsetenesta at

sjukepleiarar som regel har eit tidsskjema å tenkje på i møte med pasientar. Når ein skal behandle demente pasientar, er dette ekstra krevjande då denne pasientgruppa ofte krev at ein bruker meir tid på det innleiande møtet, relasjonsetablering og kommunikasjon. Dette underbyggjast av Krupic, et al. (2016) og McCorkell, et al. (2017) då det der kjem fram at tida sjukepleiarane har til det første møtet, førebuing til operasjon og relasjonsbygging, er for kort. For at det første møtet, situasjonen og utfallet av den skal bli best, kan ein tenkje at ein som sjukepleiar er nøydd å ta seg meir tid til pasienten, til tross for stramt tidsskjema. Samstundes må ein tenkje på at ting ikkje kan ta for lang tid heller, så sjukepleiar må vere i stand til å etablere ein relasjon med pasienten, informere og trygge så mykje som råd, utan at dette går ut over situasjonen og det som skal skje.

6. Konklusjon

Me vert stadig eldre her i verda. Mange av dei som vert gamle, vil også verte demente. Med det følgjer fleire utfordringar både heime, ute, på sjukehus, sjukeheimar og i bufellesskap.

Dei artiklane eg har funne viser at det er ei samanheng mellom demens og traume, og at denne pasientgruppa krev ekstra mykje frå sjukepleiar. Ein kan kome opp i mange etiske og juridiske problemstillingar i møte med den demente traumepasienten. Det er viktig at ein som sjukepleiar har eit teoretisk grunnlag innan etikk og jus slik at han/ho kan observere, vurdere og handle riktig i alle situasjonar.

I forhold til problemstillinga mi har eg funne at det krev gode kunnskapar innan kommunikasjon og relasjonsbygging, samt evna til å sjå dei særskilde behova til menneske som slit med å fungere i kvardagen. For demente menneske som skadar seg kan det vere ekstra utfordrande å handtere, tolke og forstå situasjonen dei har hamna i. Det er opp til sjukepleiar å møte pasienten på best måte, slik at pasienten sin integritet, personlege ynskje og behov vert ivareteken og dekket. Ein må også nytte god tid i møte med den demente pasienten. Klar, vennleg, ukomplisert tale, eit vennleg andletsuttrykk og godt handlag er gode kvalitetar å ha.

Eg har funne at det er særst lite forskning kring temaet eg har tatt føre meg. Dette kan tyde på at ein treng auka merksemd rundt dei ekstra behova demente traumepasientar kan ha i krevjande, utrygge situasjonar.

7. Referansar

- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Emory Healthcare. (2017, November 28). *Orthopedics*. Henta frå Emory Healthcare:
<http://advancingyourhealth.org/orthopedics/2015/10/01/what-is-orthopedic-trauma/>
- Folkehelseinstituttet. (2017, November 15). *Fakta om beinskjørhet og brudd (osteoporose og osteoporotiske brudd)*. Henta frå Folkehelseinstituttet:
<https://www.fhi.no/fp/folkesykdommer/beinskjorhet/beinskjorhet-og-brudd---fakta-om-os/#9000-hoftebrudd-i-aaret>
- Folkehelseinstituttet. (2017, November 15). *Levealderen i Norge*. Henta frå Folkehelseinstituttet:
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/befolkning-og-levealder/levealderen-i-norge---folkehelseerap/#hovedpunkter>
- Fylkesmannen. (2017, November 27). *Tvang*. Henta frå Fylkesmannen:
<https://www.fylkesmannen.no/Helse-omsorg-og-sosialtjenester/Tvang/>
- Haugen, J. E., & Knudsen jr., Ø. (2008). *Akuttmedisinsk sykepleie - utenfor sykehus*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jacobsen, D. (2015). *Forståelse, beskrivelse og forklaring*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (2014). *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2015). *Grunnleggende sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2015). *Grunnleggende sykepleie bind 3*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Krupic, F., Eisler, T., Sköldenberg, O., & Fatahi, N. (2016). Experience of anaesthesia nurses of perioperative communication in hip fracture patients with dementia. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 30(1), 99-107. doi:10.1111/scs.12226
- McCorkell, G., Harkin, D., McCrory, V., Lafferty, M., & Coates, V. (2017). Care of patients with dementia in an acute trauma and orthopaedics unit. *Nursing Standard* (2014+), 31(36), 44. doi:<http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.7748/ns.2017.e10250>
- Nordtvedt, P. (2012). *Omtanke - En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norsk Helseinformatikk. (2017, November 29). *Metaanalyse*. Henta frå Norsk Helseinformatikk:
<https://nhi.no/rettigheter-og-helsetjeneste/om-forskning/metaanalyser/>
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker - innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røkenes, O. H., & Per-Halvard Hanssen. (2012). *Bære eller breste*. Bergen: Fagbokforlaget.

Sand, O., Sjaastad, Ø., Haug, E., Bjålie, J., & Toverud, K. (2014). *Menneskekroppen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Seitz, D. P., Adunuri, N., Gill, S. S., & Rochon, P. A. (2011). Prevalence of Dementia and Cognitive Impairment Among Older Adults With Hip Fractures. *Journal Of The American Medical Directors Association*, 12(8), 556-564. doi:10.1016/j.jamda.2010.12.001

Yiannopoulou, K. G., Anastasiou, I. P., Ganetsos, T. K., Efthimiopoulos, P., & Papageorgiou, S. G. (2012). Prevalence of dementia in elderly patients with hip fracture. *Hip International*, 22(2), 209-213. doi:10.5301/HIP.2012.9229

Ørn, S., Mjell, J., & Bach-Gansmo, E. (2011). *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.