



«Det gode stellet i demensomsorgen»

«Hvordan kan sykepleier fremme gode stellesituasjoner i møte med personer med demens i sykehjem?»

Kandidatnummer: 857
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 9892
Dato: 16.04.2018

1



Forord:

«Et godt stell er en anerkjennelse av kroppen og dermed av personen, og det innebærer samhandling og berøring. I samhandlingen er det sykepleieren som skaper atmosfæren fordi det er sykepleieren som er i maktposisjon. Stellet representerer en nærhet som går utover det vanlige. Denne intime situasjonen kan oppleves både truende og ubehagelig for pasienter.

Derfor er dette en situasjon som påfaller sykepleierens totale kompetanse»

(Bjørk & Breievne, 2016, s. 32).

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 16.04.2018
Tittel «Det gode stellet i demensomsorgen»	
<p><u>Problemstilling</u> «Hvordan kan sykepleier fremme gode stellesituasjoner i møte med personer med demens i sykehjem?»</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Oppgaven tar utgangspunkt i relevant sykepleiefaglig litteratur og forskning. Joyce Travelbee blir brukt som sykepleieteoretiker der fokuset er på kommunikasjon og samhandling. I tillegg er kommunikasjon ved demens, etiske og juridiske perspektiv er benyttet.</p> <p><u>Metode</u> Litteraturstudie som ved hjelp av eksisterende fag og forskningslitteratur bidrar til å belyse problemstillingen. Funn fra syv forskningsartikler hentet fra Cinahl og Tidsskriftet Sykepleien er inkludert.</p> <p><u>Drøfting og konklusjon</u> Sentrale funn fra forskningsartiklene er drøftet opp mot interaksjonsteori i sykepleie, kommunikasjon ved demens, etikk og jus. Funn viser at dersom sykepleier tilstreber å bli kjent med personen bak demensdiagnosen, gjør han til en aktiv deltaker der det er mulig, ha evne til en hensiktsmessig kommunikasjon og tilnærming, er fleksibel, bevisst sine holdninger og bidrar til at det utvikles en god avdelingskultur, vil personer med demens i sykehjem kunne få dekket sitt behov for personlig hygiene og velvære på en god måte.</p>	

(Totalt antall ord: 163)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Presentasjon av tema og problemstilling	1
1.2	Avgrensinger og begrepsavklaringer	2
1.3	Oppgavens struktur	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag	4
2.1	Medisinskfaglig kunnskapsgrunnlag - Demens	4
2.1.1	Kognitiv svikt ved demens	4
2.1.2	Atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens	5
2.2	Sykepleiefaglig kunnskapsgrunnlag	6
2.2.1	Personlig hygiene og stell ved demens	6
2.2.2	Kroppen til det eldre mennesket	6
2.3	Sykepleieteoretisk perspektiv – Joyce Travelbee	7
2.3.1	Faser i utviklingen av menneske-menneske-forholdet	8
2.4	Samhandling og kommunikasjon med mennesker rammet av demens	9
2.4.1	Verbal og non-verbal kommunikasjon	9
2.4.2	Reminisens	9
2.4.3	Validering	9
2.4.4	Oppgaveorienterte kommunikasjonsstrategier	10
2.5	Etiske og juridiske aspekter	11
2.5.1	Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer, etiske prinsipper og modeller	11
2.5.2	Pasient og brukerettighetsloven	12
2.5.3	Kvalitetsforskriften	12
3	Metode	13
3.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	13
3.2	Databaser	13
3.3	Søkestrategier	13
3.4	Kildekritikk og etisk vurdering	15
4	Presentasjon av forskningsresultater	17
4.1	Tabell 2 - Artikkelmatrise	17
5	Diskusjon	19
5.1	Betydningen av å kjenne personen og livshistorien	19
5.2	Betydningen av sykepleiers kommunikasjon og tilnærming	22
5.3	Autonomi og medvirkning	24
5.4	Betydningen av «gylne øyeblikk», fleksibilitet og kreativitet	26
5.5	Betydningen av holdninger og en løsningsorientert avdelingskultur	27
6	Avslutning	29
7	Referanseliste	30

1 Innledning

Oppgavens tema er demens og personlig hygiene. Demens er en fellesbetegnelse på en rekke sykdommer som rammer flere av hjernens funksjoner. Formene for demens betegnes etter årsaken til sykdommer og skader som gir symptomer (Skovdahl & Berentsen, 2014). Forskning så langt har vist at demens er uhelbredelig, og Folkehelseinstituttet (2018) anslår i en ny rapport at mellom 80 000 og 104 000 mennesker er rammet av demens i Norge, noe som er høyere enn tidligere antatt. Av de 40 000 sykehjems plassene som finnes i Norge, har minst 32 000 en demenssykdom. Ifølge Helse og omsorgsdepartementet (2015) er det behov for mer kunnskap om demens, da det er en av våre største folkehelseutfordringer. Vi lever stadig lenger, og med høy alder øker risikoen for demens. Det er gjort beregninger som viser at antallet vil fordobles innen 2040, hvilket også vil bety at behovet for dyktige sykepleiere som har kunnskap om hvordan personlig hygiene hos personer med demens ivaretas gjennom å fremme gode stellesituasjoner, heller ikke blir noe mindre.

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Ved moderat grad av demens, som jeg vil ta utgangspunkt i, kan ikke personen lenger klare seg uten hjelp og/eller veiledning fra andre når det gjelder personlig hygiene, stell og påkledning (Engedal, 2016, s. 67). Å hjelpe den demenssyke med personlig hygiene i stell er derfor et sentralt og viktig ansvarsområde innen sykepleiefaget og på sykehjem. I stellesituasjoner ligger imidlertid både en mulighet for å krenke, men også det motsatte, en mulig for å se personen bak diagnosen, der integritet og verdighet ivaretas (Brodtkorb, 2014). Studier viser at atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens (APSD) som for eksempel fysisk og verbal aggresjon, ofte omtalt som utfordrende atferd, er svært vanlig knyttet til stellesituasjoner hos personer med demens (Mæland, Joa & Testad, 2013, s. 232). Slike symptomer kan lede til at tvang blir en løsning, enten med hjemmel i lov eller uhjemlet. Forskning viser at bruk av tvang utgjør en trussel mot personens integritet og verdighet, og det er i tillegg emosjonelt belastende for sykepleiere og andre som utøver tvangen (Brodtkorb, 2014). Jeg kan stille meg bak dette, da jeg i demensomsorgen selv har direkte og indirekte erfaringer med bruk av tvang i stellesituasjoner, hvor jeg har fått kjenne på frustrasjon, fortvilelse og håpløshet. Likedan har jeg opplevd motivasjon, mestring og glede etter å ha fått til gode stellesituasjoner der det å benytte tvang ikke har vært nødvendig til tross for at det har vært lovhjemmel for det i den aktuelle situasjonen. Formålet med oppgaven er ikke å argumentere for eller i mot tvang, eller komme med påstander om at tvang ikke er omsorg eller noen ganger en nødvendig løsning.

Derimot ønsker jeg å undersøke hvilke forhold som kan bidra til å eventuelt redusere motstand og fremme gode stellesituasjoner slik at tvang da heller ikke blir et tema. På bakgrunn av overnevnte har jeg kommet frem til følgende problemformulering:

«Hvordan kan sykepleier fremme gode stellesituasjoner i møte med personer med demens i sykehjem?»

1.2 Avgrensinger og begrepsavklaringer

Målgruppen er som nevnt personer i en moderat fase av sykdommen som bor på sykehjem.

Jeg har valgt å forholde meg til eldre, da forskning og litteratur i hovedsak er knyttet til denne gruppen. Helse og omsorgsdepartementet (2015) definerer eldre som personer over 65 år. Ettersom forskning relevant for temaet ofte bruker paraplybetegnelsen «demens», avgrensers jeg derfor heller ikke til en spesiell type, og fokuset vil være på ikke-medikamentelle tiltak.

Det bør her nevnes at temaet tvang som ble tatt opp innledningsvis, hovedsakelig ble benyttet for å underbygge valg av tema og problemstilling. Tvang er komplekst og vil reise en rekke etiske, juridiske og faglige spørsmål. Av hensyn til oppgavens omfang, går jeg derfor ikke dypere inn i dette. Det vil imidlertid nevnes i diskusjonskapittelet for å tydeliggjøre at det i denne oppgaven fokuseres på gode stellsituasjoner som jeg definerer som situasjoner uten bruk av tvang eller krenkelser.

Pasientbegrepet er omdiskutert og kritiseres blant annet for å være stigmatiserende (Hem, 2013). Fokuset er på relasjon, kommunikasjon og det å se personen bak demensdiagnosen. Derfor har jeg valgt å tilstrebe å forholde meg til «personen med demens», «beboer», «hun» eller «han». Begrepet «pasient» er likevel et etablert innen sykepleie, både i faglitteratur, forskning og i helselovene. Det vil derfor være vanskelig å ikke bruke pasientbegrepet, og de steder det benyttes er derfor av praktiske årsaker. Det samme gjelder når sykepleier omtales som «hun».

1.3 Oppgavens struktur

I det følgende presenteres først det teoretiske kunnskapsgrunnlaget med relevant faglitteratur om demens, etikk, juss, personlig hygiene, aspekter fra Joyce Travelbee sin interaksjonsteori, samt relevante kommunikasjonsprinsipper i demensomsorgen. Deretter vil litteraturstudie som metode, med litteratursøk, kildekritikk og etiske vurderinger blir redegjort for. En kort presentasjon av de inkluderte forskningsartiklene vil dernest presenteres i en artikkelmatrise, og relevante funn fra disse vil så bli veid opp mot faglitteraturen og drøftet i neste siste del av oppgaven. Avslutningsvis kommer en kort oppsummering og konklusjon.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

2.1 Medisinskfaglig kunnskapsgrunnlag - Demens

Avhengig av type demens, vil sykdomsbilde variere. I ICD-10, som er et internasjonalt klassifikasjonssystem fra WHO, gis følgende generelle beskrivelse av demens:

«Demens er et syndrom som skyldes sykdom i hjernen, vanligvis av kronisk og progressiv natur, med forstyrrelse av flere høyere kortikale funksjoner som hukommelse, tenkevne, orienteringsevne, forståelse, regneferdighet, læreevne, språk og dømmekraft. Bevissthetsnivået er ikke redusert. Svekkelser av kognitive funksjoner blir vanligvis ledsaget av, men kan også etterfølge, svekkelser av følelsesmessig kontroll, sosial atferd og motivasjon.» (Direktoratet for e-helse, 2018).

2.1.1 Kognitiv svikt ved demens

Kognitiv svikt er ifølge Skovdahl & Berentsen (2014, s. 408) en overordnet betegnelse på at en person har problemer med tankeprosessen. Evnen til å oppfatte og innhente informasjon fra verden rundt oss, lagre den, planlegge og handle ut i fra den informasjonen svikter ved demens (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 409). Som en ser av definisjonen i ICD-10 er kognisjon knyttet til det som der omtales som høyere kortikale funksjoner. En av disse funksjonene er de ulike formene for hukommelse, som ved moderat grad av demens reduseres.

Hukommelsen kan grovt deles inn i korttidshukommelse (KTH) og langtidshukommelse (LTH). KTH er evnen til å huske opplevelser eller informasjon i 20 sekunder, og skal det kunne huskes lenger må det overføres til LTH. Ved moderat grad av demens er KTH redusert. Den nære LTH reduseres allerede i tidlige faser, mens opplevelser og hendelser fra da vi var barn og unge varer lengst ved demens (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 416).

Gjenkjenningshukommelse og prosedural hukommelse er to ulike typer LTH som bevarer lenge gjennom et demensforløp, og som kan brukes aktivt spesielt når det gjelder aktiviteter rundt personlig hygiene (Solheim, 2015, s. 278). *Gjenkjenningshukommelse* vil si at personen bruker detaljer i omgivelsene som ledetråder for å kjenne igjen og huske. Den *prosedurale hukommelsen* på sin side, omfatter handlinger som vi har gjort til de utføres automatisk. Den *emosjonelle hukommelsen* vil kunne være intakt hos mange langt inn i forløpet. Dette er hukommelse for enkelthendelser en selv har vært med på i nær eller fjern fortid. Episoder som

har hatt betydning og satt følelsesmessig sport, huskes lenger enn episoder som har hatt mindre betydning (Brodtkorb 2014; Solheim 2015, s. 24).

En annen kognitiv funksjon er oppmerksomhet. Det å konsentrere oppmerksomheten om én ting av gangen og flere ting på én gang svekkes ved demens (Skovdahl & Berentsen, 2014). Dette påvirker videre evnen til å holde fokus i en samtale og skille mellom det som er mer eller mindre viktig i en situasjon.

Afasi, agnosi og apraksi er også tre symptomer på kognitiv svikt ved demens. Afasi er betegnelsen som brukes for svikt i forståelsen og produksjonen av språk. Personen kan få problemer med å oppfatte å forstå det som blir sagt, og/eller problemer med å uttrykke seg (Solheim, 2015). Språk er viktig i den sosiale interaksjonen med andre mennesker, dermed vil afasi også påvirke den sosiale atferden. Agnosi refererer til personen med demens sin manglende evne til å forstå meningen med sanseinntrykk til tross for intakt syn og hørsel (Skovdahl & Berentsen, 2014). Apraksi ved demens, også omtalt som handlingssvikt, har ifølge Solheim (2015) trolig sammenheng med agnosi, svikt i hukommelse og evnen til planlegging.

2.1.2 Atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens

Som nevnt innledningsvis er atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer vanlig ved alle former for demens, men fordeling av enkeltsymptomer kan variere (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 417). Atferdsforstyrrelser og psykiske tegn bli ofte referert til som de ikke-kognitive symptomene ved demens. Angst, irritabilitet, aggressivitet og personlighetsendring er noen eksempler som kan forårsake svikende emosjonell kontroll og sosial atferd. Solheim (2015, s. 30) skriver at nå flere kognitive funksjoner reduseres vil personen bli ekstra sårbar, livet blir i økende grad vanskelig å leve og dermed blir angsten lett personens følgesvenn. I de fleste tilfellene er det en eller flere utløsende årsaker til reaksjonen/atferden i miljøet rundt personen med demens (Solheim, 2015, s. 30-31).

2.2 Sykepleiefaglig kunnskapsgrunnlag

I forhold til problemstillingen vil sykepleiers behandlende funksjon være gjeldende. Når personen med demens ikke kan utføre kroppsstell uten hjelp fra andre, kan sykepleiers handlinger ha en behandlende funksjon i den forstand at handlingen fjerner problemet pasienten har med opplevelsen av ubehag. Sykepleieren kompenserer for pasientens egen ressursvikt og tilpasser utøvelsen ut fra kjennskapet til den enkelte pasient (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 18-27).

2.2.1 Personlig hygiene og stell ved demens

Personer med demens vil på grunn av symptomene få problemer med å ivareta sitt grunnleggende behov for personlig hygiene. Gjennom god personlig hygiene og stell vil infeksjoner forebygges, kroppens motstandskraft styrkes, pleielidelser unngås og velvære fremmes (Holm, Hartviksen, Sjølie & Solbakken, 2015, s. 739). Sykepleieren har med sin kompetanse dessuten en unik mulighet til å observere og vurdere personens hud og vev, generelle allmenntilstand og kartlegge smerte når hun eller han assisterer i stellesituasjoner (Bjørk & Breievne, 2016).

2.2.2 Kroppen til det eldre mennesket

Etter hvert som en blir eldre, blir huden, som er kroppens største organ, tynnere og mister fettpolstringen. Dette gir økt risiko for nedkjøling og trykksår. I tillegg reduseres kroppens forsvarsevne med alderen, og en er mindre motstandsdyktig mot infeksjoner (Mensen, 2014, s. 54-56). Demens kan virke inn på den sentrale styringen av eliminasjonen, og personen kan ha vansker med å tolke signaler fra blære og tarm. Faktisk forekommer urininkontinens tre ganger så hyppig hos eldre med demens sammenlignet med de som ikke har en demenssykdom. Inkontinens for urin og/eller avføring kan i sin tur føre til hudirritasjoner og infeksjoner i urinveiene (Skovdahl & Berentsen 2014; Skotnes, Omli, Einarsen & Dahlhaug 2014).

Munnstell er ofte et forsømt område hos demenssyke da det kan være vanskelig for personen å forstå hva som skal gjøres. Når munnstell ikke blir ivaretatt vil det kunne føre til karies, infeksjon og periodontitt. Følgetilstander av dette kan være problemer med å spise og snakke, og ved demens vil personen kunne ha problemer med å uttrykke smerte eller ubehag fra munnhulen (Skovdahl & Berentsen, 2014).

Syn og hørsel vil også påvirkes. Når en blir eldre trenger en mer lys, og en hører ikke lenger de høyeste tonene. Personer med demens vil på grunn av kognitiv svikt kombinert med svekket syn og/eller hørsel ha større vansker med å oppfatte hva som foregår enn eldre uten demens (Pihl, 2014).

For at stellet skal gjennomføres på en god måte, er det viktig at sykepleieren kjenner til personens vaner og hvilken plass og betydning stell og personlig hygiene har hatt for vedkommende (Bjørk & Breievne, 2016, s. 46-49). Sykepleier må videre kartlegge hva personen greier selv, og hva han trenger hjelp til. Å få muligheten til å benytte sine gjenværende ressurser er viktig for opplevelsen av livskvalitet (Solheim 2015; Brodtkorb 2014).

2.3 Sykepleieteoretisk perspektiv – Joyce Travelbee

Joyce Travelbee var en amerikansk sykepleier som så på sykepleie som en mellommenneskelig prosess, og vektla betydningen av personlig kommunikasjon i møte med den syke. Sykepleierens oppgave var ifølge henne å anerkjenne den andre som et unikt uerstattelig individ gjennom å utvikle et menneske-til menneske- forhold (Travelbee, 1999). Dette er også hovedgrunnen til at Travelbee ble valgt, da hun i oversatt betydning beskriver hvordan sykepleier bør ha fokus på det å se personen bak en diagnose, og ikke bare se på den syke som en pasient. Hun hevder forholdet målrettet bygges opp og opprettholdes av sykepleier, og definerer menneske-menneske forholdet slik:

«Et menneske-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt».

(Travelbee, 1999, s. 177).

Gjennom kommunikasjonsprosessen vil sykepleieren få mulighet til å etablere et «menneske-menneske-forhold». Sykepleieren bruker sin personlighet bevisst og målrettet i forsøkt på å etablere et forhold til den syke, noe som krever selvinnsikt, innsikt i drivkreftene bak menneskelig atferd og evnen til å tolke både egen og andres atferd. Den syke vil kommunisere til sykepleieren gjennom sine verbale og non-verbale uttrykk, og omvendt. Sykepleieren må kunne forstå hva den syke kommuniserer, og være i stand til å bruke denne informasjonen i planleggingen av sykepleieintervensjoner (Travelbee, 1999).

Travelbee var som nevnt i mot å kategorisere syke mennesker som «pasient», da hun mente at det kan hindre sykepleieren i å se det unike i hvert enkelt menneske, og at en snarere da oppfatter personen som en sykdom og arbeidsoppgave (Kristoffersen, 2016). Dersom sykepleier kun ser på den syke som en «pasient» vil det innebære en generalisering, slik at hun står i fare til å overse de unike forskjellene og behandler alle som en og samme «pasient» (Travelbee, 1999).

2.3.1 Faser i utviklingen av menneske-menneske-forholdet

Travelbee (1999, s. 186-218) tar for seg fem ulike faser for utviklingen av et menneske-menneske forhold som alle overlapper hverandre i noen grad:

I det innledende møte er sykepleierens oppgave er å se pasienten som et individ og kommunisere sin egen opplevelse som sykepleier. Det innebærer å legge bort all forforståelse for hvordan pasienten burde eller skulle være.

Fremvekst av identiteter er fasen som innledes når den første er vellykket avsluttet. Her begynner sykepleieren og pasient å etablere et bånd til hverandre. De begynner å oppfatte hverandre mindre som representanter for roller, og deres identiteter som individer begynner å bli synlige. Oppgaven til sykepleieren er å bli bevisst på hvordan hun er i stand til å anerkjenne den andre som en unik person, adskilt fra en selv og stereotypiske rolleforventninger.

I *Empatifasen* er sykepleierens utfordring å forholde seg empatisk til pasienten. Empati er en viktig forutsetning for å kunne forstå pasienten, og forutsi dens reaksjoner. Empati er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for god sykepleie. Det kreves også sympati.

Dernest har vi *sympatifasen*. Evnen til å sympatisere vokser frem i den empatiske prosessen. Sympati innebærer et ønske om å hjelpe pasienten, ikke fordi du må, men fordi du opplever pasienten som en person. I tillegg til å kunne forstå og forutsi atferd, omsetter sykepleieren kunnskapen til handlinger basert på et grunnleggende ønske og en trang til å lindre plager. Ønsket om å hjelpe mener Travelbee er fraværende i empati.

Gjennom de fire fasene har relasjonen utviklet seg mot *gjensidig forståelse og kontakt* og menneske-menneske forholdet realiseres. Fasen kjennetegnes av gjensidig tillit, og en prosess som oppleves viktig og meningsfull for begge.

2.4 Samhandling og kommunikasjon med mennesker rammet av demens

Ettersom Travelbee sin interaksjonsteori ikke ta for seg kommunikasjon direkte ved demens, har jeg derfor sett det nødvendig å inkludere et utvalg av relevant teori om kommunikasjon og samhandling i demensomsorgen. Både sender og mottakerfunksjonen, evnen til å forstå og gjøre seg forstått blir påvirket ved demens. Ved moderat grad av demens mestrer mange fortsatt å gi uttrykk for sine ønsker og behov, men en ser gjerne at ordleting blir vanskeligere og ordflyten dårligere. Hvordan kommunikasjonen påvirkes avhenger likevel av type demens, i tillegg til forhold som for eksempel dagsform, humør og situasjon (Wogn-Henriksen, 2008).

2.4.1 Verbal og non-verbal kommunikasjon

Verbal kommunikasjon er det som formidles gjennom ord. Sykepleieren bør snakke langsomt og tydelig, med få ord og korte setninger (Wogn-Henriksen, 2008). Fordi personen har redusert evne til å bearbeide mer enn en til to enheter i korttidshukommelsen, er det viktig å ta en ting om gangen, og gjenta det samme flere ganger (Eide & Eide, 2017).

Alt vi derimot formidler gjennom eksempelvis kroppslige uttrykk, bevegelser, blikk, stemmebruk og berøring går under kategorien non-verbal kommunikasjon (Wogn-Henriksen, 2008). Gode non-verbale kommunikasjonsferdigheter kan i relasjon til personer med demens ha forholdsvis sterkere gjennomslagskraft enn det verbale (Eide & Eide, 2017). Til eksempel kan berøring brukes bevisst gjennom for eksempel hånd, fot eller ryggmassasje. Berøring kan bidra til å fremme kommunikasjon, nærhet og skape fred og ro hos personer med demens (Skovdahl, sitert i Solheim 2015, s. 308). Noen personer med demens kan imidlertid være berøringsfølsomme, og kan derfor reagere negativt på slik stimuli (Solheim, 2015, s. 313).

2.4.2 Reminisens

Reminisens er arbeid med gjenkalling og formidling av minner og erindringer. Hensikten er at vedkommende får en bekreftelse på hvem han eller hun er og har vært, gjenoppleve minner, oppleve fellesskap og gjensidighet. Reminisens kan med fordel brukes for å minne personen om deres selvtillit og kompetanse, noe som kan styrke deres selvfølelse der og da (Wogn-Henriksen, 2008).

2.4.3 Validering

Validering handler om å ta utgangspunkt i det personen er opptatt av her og nå. Sentralt i validering er bekreftelse, ikke i den forstand sykepleier skal bekrefte eller avkrefte feiloppfatninger, men bekrefte de følelsene personer uttrykker. Utforskende spørsmål som hva,

hvem, hvor, når, hvordan kan hjelpe til med å konkretisere, forstå og validere de følelsesmessige aspektene ved personens kommunikasjon (Wogn-Henriksen, 2008). Validering er en metode som styrker personens identitet, selvspekt og verdighet, og som bidrar til at symptomer som angst, frustrasjon og aggresjon dempes fordi vedkommende blir tatt på alvor og ikke trenger å forsvare seg (Solheim, 2015).

2.4.4 Oppgaveorienterte kommunikasjonsstrategier

Oppgaveorienterte kommunikasjonsstrategier er strategier som kan brukes av sykepleier i stellesituasjoner, både for å gjennomføre de ulike handlingene i stellet, men også for å gi personen med demens optimal kvalitet på pleien (Wilson, Leonard, Rochon & Mihailidis, 2012).

Solheim (2015, s. 207) løfter frem «å være modell» og «guiding» som to oppgaveorienterte strategier. Å være modell er en metode hvor sykepleieren i praktisk handling kan vise det hun ønsker at den andre skal gjøre. Gjennom å vise «hva og hvordan» kan en hjelpe personen til å gjenkjenne og tolke budskapet og dermed lettere gjøre det samme. Guiding beskriver hun som å vise vei, lede eller dirigere den andre. Guiding kan gjøres ved direkte å overta en handling, som ved håndledelse. Sykepleieren støtter/styrer personens hånd, arm eller albue og leder den inn i handling. Noen klarer etter hvert å utføre handlingen selv, men andre må ha permanent hjelp til hele eller deler av en handling. Disse to strategiene blir i Wilson et al. (2012) betegnet som «Guided touch» og «Demonstration gesture».

2.5 Etiske og juridiske aspekter

Etikk i sykepleie handler i stor grad om å identifisere etiske dilemmaer for å bli bevisst på egne holdninger og verdier. Juridiske føringer med lover og forskrifter på sin side, er overordnet yrkesetikken (Brinchmann 2016a; Molven 2016).

2.5.1 Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer, etiske prinsipper og modeller

Yrkesetikken er ofte ment til å angi et minstemål for – eller retning på god praksis (Molven, 2016). I Sykepleierens Yrkesetiske Retningslinjer fremheves det at sykepleieren skal ivareta pasientens integritet og verdighet, retten til medbestemmelse og til å ikke bli utsatt for krenkelser. Sykepleieren skal også sørge for å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk sykepleierforbund, 2016).

Velgjørenhet, ikke-skade og autonomiprinsippet er tre prinsipper som er sentrale for å kunne ivareta de yrkesetiske retningslinjene. I utgangspunktet er de likeverdige, men dersom det oppstår konflikter mellom de to, må de avveies og balanseres i forhold til hverandre. Velgjørenhet og ikke-skade, behandles ofte sammen, og handler om nettopp om å ikke skade gjennom å vise medfølelse, barmhjertighet og sympati. Sentralt i autonomiprinsippet er menneskets rett til å ta beslutninger som gjelder en selv og at disse respekteres (Brinchmann, 2016, s. 85-90).

Paternalisme representerer motsatsen til autonomi. Paternalistiske holdninger der sykepleier overstyrer pasienter skal unngås. Svak paternalisme blir til nød god tatt når pasienten åpenbart er ute av stand til å vurdere hva som er han eller hennes beste, men målet skal hele tiden være å unngå å krenke pasientens integritet (Brinchmann, 2016a, s. 91). Ifølge Solheim (2015, s. 86) kan en bruke milde påtrykk for å hjelpe en person med demens når vedkommende ikke lenger har evne til å handle autonomt. Hun henviser til eksempler på svak paternalisme som når vi motiverer, overtaler, håndleder, avleder eller utfører tillitsskapende kommunikasjon.

Etiske modeller danner grunnlag for konkret handling. Nærhetsetikk er en modell som bygger på samspillet mellom to ulike individer og følelsenes betydning. Nærhetsetikk er relasjonsetikk i den forstand at sykepleierens holdninger og væremåte har betydning for at situasjonen skal bli god for pasienten (Brinchmann, 2016b, s. 125). Holdninger påvirkes av følelser, kultur og kunnskaper, og synliggjøres gjennom vår atferd og våre handlinger (Solheim, 2015). Bare med holdningene sine kan sykepleier med andre ord gjøre livet levelig eller ulevelig, mulig eller umulig for pasienten (Brinchmann, 2016b, s. 123).

2.5.2 Pasient og brukerettighetsloven

Loven skal ifølge § 1-1 bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helse- og omsorgstjenesten, ivareta sosial trygghet og respekten for pasientens liv, integritet og menneskeverd.

Kapittel 3 inneholder bestemmelser om rett til medvirkning og informasjon. Etter § 3-1 har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten når han eller hun ikke har samtykkekompetanse. I § 3-2 og fremgår det at pasienten har rett til den informasjon som er nødvendig for å forstå innholdet i helsehjelpen, den skal etter § 3-5 være tilpasset individuelle forutsetninger som språk, erfaring, alder, og gis på en hensynsfull måte. Personer med demens kan mangle samtykkekompetanse på de område der de ikke er i stand til å forstå konsekvensen av sine valg. De kan likevel ha samtykkekompetanse på noen områder, men ikke på andre (Molven 2016; Solheim; 2015 s. 228).

2.5.3 Kvalitetsforskriften

Sykehjem er en tjeneste som ytes av kommunen eller private som har avtale med kommunen. Dette reguleres i Helse og omsorgstjenesteloven, og i den forbindelse har vi også Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003) som er presisering av lovbestemmelsene. Kvalitetsforskriften skal sikre en helhetlig tilnærming til pasient og bruker slik at han eller hun får ivaretatt sine grunnleggende behov. At en får ivaretatt personlig hygiene på en måte som ivaretar personen autonomi og integritet er et av kravene som stilles til helsepersonell i forskriftens § 3.

3 Metode

Oppgaven ligger innenfor rammene for en litteraturstudie. Det kjennetegnes ved at en med utgangspunkt i valgt problemstilling, foretar en systematisk og kritisk gjennomgang av eksisterende fag- og forskningslitteratur. Gjennom å samle fag og forskningslitteratur vil en litteraturstudie kunne bidra til ny kunnskap og forståelse (Dalland, 2017).

3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å sikre at forskningsartiklene både var av vitenskapelig karakter, men også fagfellevurderte, krysset jeg av for «Research article» og «Peer Reviewed». Andre inklusjonskriterier var artikler skrevet på Norsk, Engelsk, Svensk eller Dansk. Søkene ble avgrenset til tidsrommet 2011-2018, dette for å lettere finne frem til nyeste tilgjengelige forskning. Forskningsartikler der kontekst var sykehus, hjemmesykepleie og medikamentell behandling ble ekskludert. Det samme gjelder forskning fra land med ikke-vestlig kultur, da det kan være usikkerhet knyttet til gyldighet i norske forhold.

3.2 Databaser

Flere ulike databaser i perioden desember 2017 til mars 2018 ble benyttet for å få en så bred oversikt over mulig tilgjengelig forskning. Etter hvert gjorde jeg konsekvent systematiske søk i «Cinahl» og «PubMed Clinical Queries». Begge er anerkjente databaser med god dekning av fag og forskningsartikler relevant for sykepleiere.

Jeg har også gjort enkeltsøk i «Oria», «Tidsskriftet Sykepleien», «Nasjonalt kompetansesenter for Aldring og Helse», «Folkehelseinstituttet». Dette for å finne frem til annen relevant litteratur og forskning som er aktuelt innen demensfeltet.

3.3 Søkestrategier

Når jeg i det følgende viser til hvilke artikler som er inkluderte, benytter jeg nummeret de står oppført under i artikkelmatrisen i parentes, som blir presentert i kapittel fire. Dette gjøres også under i kapittel 3.4.

Søkestrategien som ble benyttet i «Cinahl» var den boolske operatøren AND og OR for å avgrense søkene. Jeg brukte bevisst ikke NOT ettersom det kan føre til at en mister for mange relevante referanser (Thidemann, 2015, s. 88). Jeg benyttet i hvert søk «Dementia» AND «Nursing Home» OR «Long Term Care Facility» OR «Care Homes». Følgende andre søkeord ble benyttet på ulike måter som variabler til de faste søkeordene: «Coercion», «Hygiene», «Personal hygiene», «Daily care», «Communication», «Attitudes», «Nurse Etichs», «Dignity», «Autonomy». Basert på dette og at søkene ble avgrenset som beskrevet i inklusjons-og

eksklusjonskriterier, fikk jeg alt i fra 6 til 91 treff. Jeg skummet gjennom overskrifter på artiklene, og klikket meg videre inn på abstrakt til de som så relevante ut. Noen ble deretter lest i sin helhet, og til slutt satt jeg igjen med fem artikler som ble inkludert i oppgaven (1), (3), (5), (6) og (7).

«PubMed Clinical Queries» benyttet jeg for å finne ut om det var laget en systematisk oversiktsartikkel på ulike temaer relevante for problemstillingen. Systematisk oversiktsartikler er artikler som oppsummerer flere enkeltstudier som har undersøkt og forsket på samme tema eller problemstilling (Dalland, 2017). Der brukte jeg igjen ulike kombinasjoner av søkeordene som ble benyttet i «Cinahl». To artikler ble først valgt ut, men ble senere ekskludert av hensyn til andre mer relevante forskningsartikler. Jeg har dog inkludert en systematisk oversiktsartikkel (2), men denne ble funnet tilfeldig i papirutgaven av «Tidsskriftet Geriatrisk Sykepleie», og slik søkt opp elektronisk. Ved søk i «Tidsskriftet Sykepleien» søkte jeg etter «Demens», avgrenset til forskningsartikler i tidsrommet 2011-2018 og fikk da 86 treff. En artikkel (4) ble valgt ut.

Alle valgte forskningsartikler er basert på kvalitativ metode. Kvalitativ metode, i motsetning til kvantitativ, brukes nå en ønsker å undersøke noe som er vanskelig kan observeres eller måles i tall (Dalland, 2017). Dette vurderer jeg som det mest hensiktsmessige, ettersom erfaringsbasert kunnskap best vil kunne bidra til å belyse problemstillingen. Jeg har også gått bredt ut i forhold til valg av søkeord, da jeg fikk få treff når bare søkeord knyttet til stell og personlig hygiene ble benyttet. Det var med andre ord utfordrende å finne forskning direkte rettet mot sentrale ord i problemstillingen. Derfor er utvalget av forskningsartikler basert på ulike temaer som til sammen dekker problemstillingen.

For å få oversikt over fagbøker om demens, søkte jeg i «Oria» og avgrenset til fagbøker utgitt i tidsrommet 2008-2018. Søkeordet «Demens» gav 74 treff. Jeg har tatt i bruk ulike litterære kilder som dekker samme tema. Dette for å se hva som går igjen, og hvordan ulike forfattere tolker fenomenet for å få tilstrekkelig informasjon til å svare på problemstillingen. Fagbøker om demens, grunnleggende sykepleie, juss, etikk og kommunikasjon har blitt benyttet, både basert på søk i «Oria», men også ved manuelle søk i pensumlister og fagbøker.

3.4 Kildekritikk og etisk vurdering

Mye tilgjengelig litteratur, gjør at metoden stiller krav til gode ferdigheter i forbindelse med søk i databaser og etter annen forskning (Dalland, 2017). Jeg har foretatt systematiske søk basert på ord jeg selv har valgt ut, som kan føre til at det finnes forskningsartikler på samme felt jeg kan ha gått glipp av. Kurs fra skolens bibliotek i databasesøk, samt kunnskap fra forelesning om metode og oppgaveskriving har gitt et bedre grunnlag for å finne frem til og vurdere kvaliteten på forskning og litteratur som ble valgt ut. IMRaD-strukturen har eksempelvis blitt benyttet, noe som har vært til hjelp for å lese effektivt og få en bedre forståelse for innholdet i forskningen (Thidemann, 2015, s. 31). Med hensyn til kvalitetssikring, er alle valgte forskningsartikler fagfellevurderte og hentet fra anerkjente databaser og tidsskrifter innenfor de siste ti årene.

Jeg har tilstrebet å bruke primærkilder, da tolking av andres tekster kan føre til at innholdet kanskje endrer form (Dalland, 2017). «Mellommenneskelige forhold i sykepleie» er benyttet. Utgaven er en oversettelse av Joyce Travelbee's bok «Interpersonal Aspects in Nursing» fra 1971, og ble oversatt til norsk i 1999 av Kari Marie Thorbjørnsen. Travelbee sin teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter er i tillegg en gammel kilde, som gjerne vil kunne bli betraktet som en svakhet med tanke på validiteten. Likevel blir hennes teorier ansett som relevante for dagens sykepleie. At boken er oversatt fra engelsk til norsk kan gi rom for feiltolkninger. For å lette arbeidsprosessen har jeg vurdert det som mest hensiktsmessig å benytte den oversatte utgaven. Deler av Kristoffersen (2016) sitt kapittel om «Sykepleiefagets teoretiske utvikling» der Travelbee som teoretiker presenteres, ble hovedsakelig brukt for å gjøre det lettere å forstå og benytte primærkilden.

Fem av de syv valgte artiklene er på engelsk. Oversettelse og tolkning av akademiske tekster på engelsk vil følgelig kreve en viss grad av engelskspråklig kompetanse. I tillegg vil som nevnt oversettelse fra engelsk til norsk kunne føre til feiltolkninger. Derfor har jeg benyttet Engelsk-Norsk-ordbok, samt fått hjelp fra personer med god engelskkompetanse der det har vært utfordrende å forstå og oversette på egenhånd. I drøftingen har jeg også noen steder unnlatt å oversette sitater til norsk, da min oppfatning var at budskapet kom best frem i sin opprinnelige form.

Én systematisk oversiktsartikkel ble inkludert (2). Denne gav en god sammenstilling av hva forskning de siste fem årene har funnet som nødvendig for å blant annet unngå tvang i stellesituasjoner, noe jeg anser relevant for å besvare problemstillingen. Likevel kan det på samme måte som med språk, være uheldig når andres forskning blir tolket og videreført. Denne studien har forøvrig bare inkludert studier som er fagfellevurderte og godkjent av Regional Etisk komité (REK). Det samme gjelder studie (1) og (3). Studie (4) og (6) er godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) og (REK) var ikke nødvendig da prosjektene ikke fremsto som medisinsk eller helsefaglig forskning. Når det gjelder studie (5), fra Canada, er denne godkjent av etisk styre ved henholdsvis Universitetet i Toronto og Toronto Rehabiliterings Institutt (REB). Studie (7), også fra Canada, er godkjent av det etiske styre ved Universitetet i Ontario.

En av artiklene (5) definerer grad av demens gjør, men for å styrke gyldigheten har jeg valgt forskning hvor kontekst er sykehjem, da personer med moderat grad av demens ofte har en funksjonssvikt som gjør at det blir en nødvendig boform. Det vil derfor være rimelig å anta at forskningsresultatene vil være overførbare til min målgruppe.

Når det gjelder problemstillingen, kunne jeg for å avgrense ytterligere, eksempelvis valgt å inkludere kommunikasjon som et begrep i denne. Etersom det vil være flere forhold som virker inn for å fremme gode stellesituasjoner, valgte jeg å la det utebli. I drøftingskapittelet måtte jeg også benytte en del faglitteratur innenfor sykepleiefaget, da funn fra forskningsartiklene alene ikke var tilstrekkelig til å svare på problemstillingen.

4 Presentasjon av forskningsresultater

I stedet for å presentere forskningsartikler og resultater fra disse i løpende tekst, har jeg valgt å benytte en artikkelmatrise. Dette anser jeg som mest hensiktsmessig da en slik tabell gjør det enklere å strukturere teksten og hva som inkluderes av informasjon. Forskning er kumulativ og bygger på hverandre. Derfor har jeg som en kan se av tabellen valgt flere forskningsartikler som belyser samme tema.

4.1 Tabell 2 - Artikkelmatrise

Nr	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Gjerberg E, Hem M.H, Førde R, Pedersen R. (2013)	«How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study»	Nursing Ethics 20(6), s. 632-644	Undersøke strategier eller alternative intervensjonsmetoder når pasienten motsetter seg hjelp til pleie og omsorg	Metode/Design: Kvalitativ, Fokusgruppeintervjuer Antall: 11 intervjuer, 60 deltakere, 5 ulike sykehjem. Sykepleiere, hjelpepleiere og ufaglærte. Norge	<ul style="list-style-type: none"> - Ansatte fokuserer på noe positivt, har bevisst bruk av språket, reduserer pasientens alternativer, er fleksible (prøver senere, skifte av personell, en-en). - Forutsetninger: Kjenne pasienten, ressurser på sykehjemmet og tilstrekkelig bemanning og kompetanse.
2	Smit J.A., Hvalvik S. (2015)	«Makt og tvang i stellesituasjoner»	Geriatrisk sykepleie 7(2), s. 6-13.	Belyse hvordan helsepersonell kan unngå bruk av tvang og makt i stellesituasjoner med personer med demens.	Metode/design: Kvalitativ, systematisk litteraturoversikt Antall: 5 studier inkludert mellom år 2010 og 2013 Vestlige land	<ul style="list-style-type: none"> - Å kjenne pasientens livshistorie, kunnskap om tvang og erfaring med alternative fremgangsmåter, er av betydning for å unngå tvang i stell. - Kontekst, sykehjemets ressurser og omsorgsmiljøet spiller en stor rolle for å lykkes med alternative strategier til tvang på sykehjem.
3	Egede-Nissen V, Jakobsen R, Sellevold GS, Sørlie V. (2012)	«Time ethics for persons with dementia in care homes»	Nursing Ethics 20(1), 2012; s. 51-60.	Utforske helsepersonells erfaring med det å gi god omsorg for personer med demens, hvilke egenskaper som skal til for å gi god omsorg og erfaringer om det å gi god omsorg for personer med demens	Metode/Design Kvalitativ, narrative intervjuer Antall: 12 helsepersonell på sykehjem. Norge	<ul style="list-style-type: none"> - Å ha tid til å snakke sammen om pasienten, samt fleksibilitet er en vesentlig faktor for å unngå tvang - Avvente til pasienten er klar for stell, myk start på dagen - Tid = viktig for å unngå tvang og uro, Ha tid til oppvåkning var viktig - Forsiktighet i tilnærming til hverdagsoppgaver - Støtte og trøste pasienten, - Kjenne pasientens livshistorie

4	Thorvik K.E, Helleberg K, Hauge S. (2014)	«God omsorg til urolige personer med demens»	Sykepleien forskning 9(3), s. 236-242.	Utforske og beskrive hva god omsorg kan være i en skjermet avdeling for personer med demens	Metode/Design: Kvalitativ, Deltakende observasjon. Antall: Ansatte i to skjermede avdelinger Norge	<ul style="list-style-type: none"> - Ansatte utnyttet gylne øyeblikk og responderte svært raskt når det var nødvendig. - De viste stor grad av fleksibilitet ved at de tålte pasientens opptreden, de tålte uorden og rutinebrudd og var kreative i sin fagutøvelse - Kunnskap om demens, pasienten og innsikt i kollegaers kompetanse var viktig
5	Wilson R, Rochon E, Leonard C, Mihailidis A. (2012)	«Formal caregivers' Perceptions of Effective Communication Strategies with Alzheimer's Disease During Activities of Daily Living»	Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology, 36(4), s. 314-331.	Undersøke formelle omsorgsgivere syn på nyttige kommunikasjonsstrategier i den daglige omsorgen til personer med moderat og alvorlig Alzheimers.	Metode/Design: Kvalitativ, Fokusgruppeintervjuer Antall: 10 deltakere Canada	<ul style="list-style-type: none"> - Etablering av øyekontakt, korte settinger, langsom tale, en ting om gangen, og repetisjon ble sett på som nyttige strategier. - Kjennskap til personen ble oppfattet som et sentralt aspekt i å lette utførelsen av aktiviteter og oppgaver. - Å utsette en oppgave var nyttig ved motstand - Demonstrering av bevegelser og «guiding» var to av seks non-verbale strategier betraktet som effektive
6	Helgesen A. K, Larsson M, Athlin E. (2014)	«Patient participation in special care units for persons with dementia: A losing principle?»	Nursing Ethics, 21(1), s. 108-118.	Å utforske erfaringer sykehjems-personale har med hensyn til respekt for pasientens deltakelse/medvirkning med fokus på forhold i dagliglivet.	Metode/Design: Kvalitativ, utforskende Antall: 11 ansatte Norge	<ul style="list-style-type: none"> - Medvirkning ble beskrevet på forskjellige nivå fra at beboere tar egne valg, valg blir tilpasset, valg blir tatt på vegne av beboerne til å tvinge beboerne. - Utdanningsnivå og hvor ofte den enkelte ansatte var på vakt innvirket på graden av beboerens medvirkning, - Beboerens evne til å ta valg, sammen med faktorer som kultur, lederskap og bemanning påvirket også hvor mye de medvirket.
7	D Hondt A, Kaasalainen S, Prentice D, Martin L. S. (2011)	«Bathing residents with dementia in long-term care: critical incidents described by personal support workers»	International Journal of Older People Nursing, 7, s. 253-263.	Beskrive og få innsikt i kritiske hendelser relatert til dusj/bading av personer med demens i sykehjem.	Metode/Design: Kvalitativ, beskrivende Antall: 8 deltakere, 24 hendelser analysert Canada	<ul style="list-style-type: none"> - Det mest utfordrende var å takle fysisk og verbal utagering, samt motstand - Begrensede ressurser i form av tid, utstyr og at badene er kalde gjør dusj/bad ukomfortabelt. - Kommunikasjonsproblemer relatert til demenssykdommen og språkbarriere skapte utfordringer - Å vente til beboeren er rolig, overtale og møte vedkommende med en positiv holdning var nyttige strategier for å få til dusj/bad - Sikre autonomi og komfort under dusj/bad var viktig.

5 Diskusjon

«Hvordan kan sykepleier fremme gode stellesituasjoner i møte med personer med demens i sykehjem?»

Ut i fra problemstillingen skal jeg i det følgende ta for meg og diskutere betingelser som vil ha betydning for sykepleiers evne og mulighet til å fremme gode stellesituasjoner. Både forhold ved sykepleieren som fagperson, men også rammene rundt henne vil inkluderes. Faglitteratur og relevante funn fra forskning vil bli veid opp mot hverandre. Kommunikasjon og sykepleierens tilnærming vil være gjennomgående i hele diskusjonsdelen, men belyses også mer detaljert i et eget kapittel. Videre vil så hovedtemaer være: Betydningen av å kjenne personen og livshistorien, autonomi og medvirkning, fleksibilitet og «gylne øyeblikk», og til slutt betydningen av holdninger og en løsningsorientert avdelingskultur.

5.1 Betydningen av å kjenne personen og livshistorien

Sykepleier må i følge Travelbee sin interaksjonsteori (1999) anerkjenne den demenssyke som et unikt individ, dersom han skal få dekket sitt behov, i denne sammenheng, behovet for personlig hygiene. Dette vil likedan være en nødvendig forutsetning for sykepleiers evne til å handle i tråd med Sykepleierens Yrkesetiske Retningslinjer (Jf. 2.5.1). Det er vel neppe sannsynlig at en persons integritet, verdighet, rett til medbestemmelse og til å ikke bli krenket, kan ivaretas på en god måte dersom en ikke evner å se hvilken person en faktisk samhandler med?

Når sykepleiere møter personer med demens i sykehjem, som oftest er en permanent boform, vil det være mulig å hevde at forholdene ligger godt til rette for muligheten til å bli kjent med personen bak demensdiagnosen, og til å se det unike individet slik Travelbee så det. I følge Brodtkorb (2014) må tilnæringsmåten i stellet være individuell. Det forutsetter at den som skal hjelpe kjenner den gamle med demens, både som personen hun eller han er nå, og som den hun eller han en gang har vært. Kunnskap om personens og dens livshistorie betraktes for øvrig som sentralt for å fremme samarbeid, kommunikasjon og gode relasjoner i samtlige av de inkluderte studiene (Smith & Hvalvik, 2015; Thorvik, Helleberg & Hauge, 2014; Egede-Nissen, Jakobsen, Sellevold & Sørli, 2012; Gjerberg, Hem, Førde & Pedersen, 2013; D'Hondt,

Kaasalainen, Prentice & Martin, 2011; Wilson, Rochon, Leonard & Mihailidis, 2012). For det første utdyper Wilson et. al (2012), at dette vil gjøre det enklere å finne tiltak som er best egnet til å møte den enkelte sine behov. Likeledes hevder Smith & Hvalvik (2015) at det vil bli lettere for sykepleier å finne tiltak som blir akseptert i stellesituasjoner av den demenssyke. De understreker samtidig at en tilnærming preget av å se personer med demens som mennesker med en historie, og ikke kun en ting som skal bli ren, er avgjørende for å fremme gode stellesituasjoner. Hvordan kan sykepleier så gå frem for å bli kjent med personen bak demensdiagnosen? Ikke minst, hvordan kan personkunnskap benyttes for å anerkjenne den andre og fremme gode stellesituasjoner?

Travelbee (1999, s. 188-192) sin beskrivelse av hvordan identitetene til sykepleier og den syke blir synlige for hverandre, tar slik jeg tolker det, ikke hensyn til at den syke kan ha svikt i kognitive funksjoner som hukommelse, nedsatt oppmerksomhet og afasi, noe som kan gjøre det utfordrende å formidle sin personlighet og livshistorie til sykepleier. Sykepleier vil selvsagt motta inntrykk av vedkommende sin personlighet, men for at hun skal få en tydelig klarhet over det unike ved personen, kan familie eller andre nærstående være en viktig kilde til informasjon i tillegg til det personen selv kan formidle (Johnsen & Smebye, 2008).

Kjennskap til personen med demens sine vaner og den betydningen personlig hygiene og stell har og har hatt for vedkommende, er altså nødvendig for sykepleiers evne og mulighet til å anerkjenne den andre med hensyn til respekt, verdighet og integritet (Solheim, 2015; Skovdahl & Berentsen 2014; Skaug, 2016). Dette samsvarer med funn fra forskning. En deltaker fra Wilson et al. (2012) sa følgende «Dersom du vet at personen aldri har vært et morgenmenneske, hvorfor da i det hele tatt introdusere morgener til denne personen når han aldri har vært det tidligere?». Det samme understrekes også av funn fra Thorvik et al. (2014), som på sin side fant at kjennskap til selv små nyanser i personens væremåte synes å være avgjørende for om de ansatte greide å hjelpe personen eller ikke. En deltaker i studien uttrykte «Det går ikke. Hun ligger under dyna og da blir det helt feil å dra henne opp. Det er bare mulig å få henne opp av senga når hun sitter på sengekanten med beina utenfor senga». Dette går forøvrig lenger enn å vite om personen er et morgenmenneske eller ikke, og viser hvordan kjennskap til små detaljer kan tenkes å ha stor betydning for hvordan samhandlingen blir. Dog må ikke sykepleieren glemme at personer med demens i likhet med alle andre også kan forandre mening, slik at en må ikke bare konsekvent handle ut i fra hvordan personen tidligere har gitt uttrykk for å ville ha det (Skovdahl & Berentsen, 2014). Sett i sammenheng med Travelbee (1999) sitt syn på

empati og sympati (jf. kapittel 2.3.2), viser den ansatte i eksempelet over empati ved at hun har evne til å forutsi og forstå beboerens atferd. I tillegg viser hun sympati ved at hun bruker denne kunnskapen til noe fornuftig gjennom å la beboeren være i fred og sove videre. Slik er min tolkning at hun anerkjenner og respekterer den andre. Travelbee (1999) hevder at det å kjenne personen trolig også er det som gjør at sykepleieren utvikler en følelse for «timing» i sykepleiesituasjonen, når den syke bør oppfordres til å snakke eller i denne sammenhengen stå opp for å stelles, og når han bør få være i fred.

Til slutt, før jeg går videre og ser nærmere på betydningen av sykepleierens kommunikasjon og tilnærming i stellet, ønsker jeg å ta for meg hvordan sykepleieren på bakgrunn av kjennskap til personens livshistorie, kan bruke reminisens og validering som metode i samhandling med personen under stell. Funn fra Gjerberg et al. (2013) viser nemlig at personlig kjennskap til familierelasjoner og personen med demens, gjorde det lettere å snakke om historien og etablere et godt samspill mellom sykepleier og den demenssyke, og at det ville kunne skape trygghet i omsorgssituasjoner. Ettersom gjenkjenningssituasjonen som nevnt i underkapittel 2.1.1, vil kunne bevares langt ut i forløpet, vil det antagelig også kunne være nyttig å bruke gode opplevelser fra livet til å etablere gode opplevelser under stellet. Basert på egne erfaringer har jeg sett hvordan eksempelvis det å snakke om personens flinke barn kan skape ro, få en person til å lyse opp og prate i vei, og slik gjennomførtes stellet uten problemer. En annen gang, med en annen beboer som var ny for meg, fikk jeg oppleve at personen ble lei seg, reagerte med angst og ikke greide å forholde seg til det praktiske rundt stellet. Det viste seg i etterkant at denne personen dessverre hadde vonde minner knyttet til opplevelsen av å ha mistet et barn. Dette vil være mulig å hevde er et eksempel på viktigheten av å kjenne personens livshistorie. Gjennom å benytte metoder som reminisens i en naturlig samhandlingssituasjon som stellet, vil sykepleier altså kunne anerkjenne den andre og det unike ved denne personen, men hun må gjøre seg bevisst hvilke opplevelser det fokuseres på, hva som kan skape glede og hva som kan skape sorg. Samtidig påpeker Skovdahl & Berentsen (2014, s. 430) at selv om minner som skaper sorg vekkes, trenger ikke det bety noe negativt. Det kan være godt å gråte, dele disse følelsene sammen med en annen, med en sykepleier som trøster. Som i mitt eksempel, var personen sin subjektive opplevelse i den situasjonen, at dette nylig hadde skjedd og ikke for tretti år siden som var realiteten. I en slik situasjon vil sykepleiers evne til validering og ta følelsene på alvor uten å korrigere eller bekrefte, bli helt essensielt for at den andre skal føle seg anerkjent, respektert og forstått som menneske.

5.2 Betydningen av sykepleiers kommunikasjon og tilnærming

Travelbee (1999) mener at god kommunikasjon innebærer at budskapet blir forstått av begge parter. Dette vil imidlertid kunne være utfordrende i møte med personer med demens, og stiller større krav til sykepleierens evne til kommunikasjon og mellommenneskelig tilnærming. Tålmodighet, vennlighet, varme og forståelse er ifølge Eide & Eide (2017) nøkkelord i kommunikasjon med personer med demens.

Wilson et al. (2012) fant i sin studie at bruk av korte setning, langsom tale, gjøre en ting om gangen, repetere, tålmodighet, gi tid til å respondere og øyekontakt er viktige kommunikasjonsstrategier i eksempelvis stellesituasjoner. En av deltakerne hevdet at å etablere øyekontakt, og stå foran personen er en måte å introdusere seg selv som gjør det lettere å skape kontakt, få og holde på vedkommende sin oppmerksomhet. Når sykepleieren ved hjelp av korte setninger og langsom tale forklarer hva som skal skje under stellet ivaretar hun også bestemmelsene i Pasient og brukerrettighetsloven § 3.2 og 3.5. Dette vil være mulig å hevde er kommunikasjon hvor sykepleieren anerkjenner og bekrefter personen med demens. Likedan er det en tilnærming i tråd med det Brodtkorb (2014) skriver om at tid, tålmodighet og evne til å være henvendt og sensitivt til stede i øyeblikket er sentralt for at personen blir ivaretatt både som kropp og som person.

Hvorfor tålmodighet og god tid er viktig i stellesituasjoner og i omsorgen til personer med demens, kommer tydelig frem i funn fra flere av de inkluderte studiene. Gjerberg et. al (2013) sin studie fremmer hvordan sykepleieres evne til tålmodighet kan utfordres av krav om kostnadseffektivitet som fører til lav bemanning og dermed tidspress. Dette vil igjen kunne føre til økt bruk av tvang og tap av autonomi for personer med demens i sykehjem. D'Hondt et al. (2012) peker også på dette. Dårlig tid vil føre til at en skynder seg, noe som ikke er et godt scenario i stellesituasjoner. Går du rolig frem og er avslappet, vil personen med demens reagere tilsvarende, og motsatt. Dette støttes av Egede-Nissen et al. (2012) hvor deltakeren uttrykte at det å finne roen når en har dårlig tid, var helt avgjørende for å fremme gode omsorgssituasjoner.

En viktig del av sykepleierens funksjon er å legge til rette for at personen med demens kan bevare sine evner og funksjoner i så stor grad det er mulig (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 420). Brodtkorb (2014) fremmer i den sammenheng at det å hjelpe personer med stell uten å først ha kartlagt mestringsnivå, er svært uheldig. Det kan resultere i overbeskyttelse, hindre utnyttelse av gjenværende ressurser og føre til svekket livskvalitet. Gjennom kommunikasjon

og tilnærming kan derimot sykepleier utnytte at proseduralhukommelsen ofte bevares lenge (Jf. 2.1.1), og gjøre personen med demens til en aktiv deltaker i stedet. Fremgangsmåter kan være å benytte det Wilson et al. (2012) omtaler som «Demonstration gesture» og «Guiding touch», og som Solheim (2015) omtaler som «Å være modell» og «Guiding» (Jf. Kapittel 2.4.4). Flere av deltakerne i Wilson et al. (2012) anså nemlig dette som effektive oppgaveorienterte kommunikasjonsmetoder. Dersom en skal hjelpe med tannpuss kan sykepleier eksempelvis altså demonstrere bevegelsen på seg selv for å vise hva hun ønsker at personen med demens skal gjøre. Er ikke det tilstrekkelig kan hun med fordel bruke guiding/guiding touch. Slik kan altså sykepleier støtte personen med demens til å utføre deler av stedet på egenhånd, og dermed også bidra til at gjenværende ressurser ivaretas. Det bør her igjen nevnes tålmodighet som sentralt for å lykkes. Med dette mener jeg at sykepleier ikke må gi opp på første forsøk og da automatisk tro at personen ikke mestrer det. Jeg har selv vært i stellesituasjoner der vedkommende på grunn av apraksi først la tannbørsten tilbake på benken, ved andre forsøk ble vasken skrubbet, slik fortsatte det noen runder, men plutselig pusset personen tennene selv, raskt og ivrig.

Solheim (2015) skriver at en skal sørge for at personen opplever trinnvis anerkjennelse underveis ved å eksempelvis kommentere «Sånn ja, bra, takk». Slike kommentarer støtter opplevelse av mestring og kan gi energi til å gå videre. Videre skriver han at en skal unngå å si «nå var du flink» - det kan oppleves nedlatende. Dette er i tråd med funn fra Wilson et al. (2012) som fant at en kommunikasjonsstrategi som kan forsterke relasjonen er bruk av positive tilbakemeldinger i samhandlingen. Gjennom positive tilbakemeldinger vil sykepleieren vise at hun anerkjenner den andre.

En av utfordringene sykepleier kan stå overfor i stellesituasjoner med hensyn til kommunikasjon og samhandling, er at personen med demens kan ha afasi, agnosi, kanskje i tillegg også dårlig hørsel og syn, noe som kan vanskeliggjøre verbal kommunikasjon. Når sykepleier ikke kan nå den andre via verbalt språk, vil den non-verbale kommunikasjonen i følge Eide & Eide (2017, s. 321) bli enda viktigere for å skape kontakt. Travelbee (1999, s. 201) legger som nevnt vekt på sympati og medfølelse, og hevder at dette som egenskap ofte blir kommunisert verbalt, men også non-verbalt gjennom ansiktsuttrykk, blikk, en bevegelse eller i måten sykepleieren utfører sin hjelp på. Berøring er en viktig kommunikasjonsform, og er godt egnet til å uttrykke positive følelser som sympati og medfølelse. Berøring er i stell kanskje først og fremst en form for funksjonell berøring, men sykepleier bør være bevisst på betydningen av

berøring og hvordan hun bruker hendene sine (Solheim 2015; Skovdahl & Berentsen, 2014). Dette kan sees i sammenheng med hvordan den emosjonelle hukommelsen bevares langt inn i forløpet, og derfor kan personer med demens ha glede av at sykepleieren tar seg tid til å masere føttene og ryggen når hun pleier huden med fuktighetskrem. Eller som Solheim (2015) fremmer, at hun møter personen med en myk og varm hånd, og tar seg tid til å sitte på sengekanten før en går i gang med stellet. Dette kan skape nærhet og kontakt, et grunnleggende behov hos oss alle (Brodtkorb, 2014, s. 181). Samtidig må en være oppmerksom på at ikke alle vil tolke slik berøring som positivt, og sådan vil det heller ikke være en sympatisk handling, særlig dersom personen er berøringsfølsom. Noen kan også misoppfatte den som seksuelle tilnærmelser. Sykepleieren må derfor ifølge Skovdahl & Berentsen (2014, s. 431) være bevisst reaksjonene dersom berøring benyttes slik.

5.3 Autonomi og medvirkning

Både Pasient og brukerrettighetsloven kapittel 3, Kvalitetsforskriftens § 3 og Sykepleierens Yrkesetiske retningslinjer (Jf. 2.5.1), legger vekt på at en skal verne om den enkeltes autonomi og rett til å medvirke i eget liv. Personer med demens som ofte kan mangle samtykkekompetanse i forhold til sin personlige hygiene, er i stor grad avhengige av at sykepleieren bruker sin makt på en positiv måte til den andres beste (Smith & Hvalvik, 2015).

Men, hva vil det egentlig si å bruke makt på en positiv måte? I denne sammenhengen kan det kanskje tenkes at det vil være å la personen med demens medvirke der det er mulig, og at sykepleieren slik tilstreber å balansere både velgjørenhet, ikke-skade og autonomiprinsippet i forbindelse med stellesituasjoner.

Dersom personen med demens får mulighet til å ha innflytelse på sin situasjon, vil det kunne styrke dens opplevelse av integritet og sådan styrke selvfølelsen (Smebye, 2008, s. 225). Hauge (2014) løfter i den sammenheng frem at det nødvendigvis heller ikke alltid er de store avgjørelsene det er snakk om. Dette samsvarer med funn fra D'Hondt et al. (2011) hvor sykepleierne forsøkte å fremme autonomi og gi personen med demens en følelse av kontroll gjennom å eksempelvis la personen vaske deler av kroppen han greier selv og velge temperatur på vannet.

Solheim (2015) påpeker at dersom personen har problemer med å ta valg, kan det å spørre «vil du ha den røde eller den grønne skjorta?» skape mer forvirring og frustrasjon enn det er til hjelp. På samme måte uttrykker en sykepleier i studien til Helgesen, Larsson & Athlin (2014): «If we had given her the choice between two blouses, she would have put both of them on». Konsekvensen av å gi personen valg vil slik være en potensiell fornærmelse og trussel mot personens integritet og verdighet. I den sammenheng løftet de frem viktigheten av å beskytte personen med demens sin selvfølelse og verdighet, og mener derfor at graden av deltakelse og medvirkning må justeres til vedkommende sine evner, og evne til medvirkning kan variere med humør og helsetilstand. De understreket også betydningen av å kjenne personen som spesielt viktig for å kunne fremme høy grad av deltakelse og medvirkning. Smith & Hvalvik (2015) stiller seg bak dette, og skriver at dersom personen med demens stilles over for mange spørsmål og valg, kan han oppleve å ikke strekke til og kjenne seg frustrert. Samtidig hevder de at en holdning og bruk av myndighet som fører til at pasienten føler seg såret fordi han ikke opplever å ha noe valg, er uheldig.

Flere av deltakerne i studien til Helgesen, Larsson & Athlin (2014) uttrykte at når personer i sykehjem har demens, så kan ikke alle avgjørelser angående deres daglige liv bli overlatt til dem. Dette begrunnes med at de ikke alltid forstår konsekvensene av valgene de tar og, slik blir det en trussel mot deres verdighet og integritet. I noen situasjoner kan det derfor bli vanskelig å balansere de ulike etiske prinsippene, og kanskje må velgjørenhet og ikke-skade prinsippet gå foran autonomiprinsippet dersom personen med demens går rundt tilgriset av urin og avføring. Har ikke personen evne til å handle autonomt i den gitte situasjonen kan ikke sykepleieren la være å skifte bleien bare fordi personen ikke ønsker det. I stedet må hun gjennom tillitsskapende tiltak forsøke å finne veier for å nå inn til personen og slik få hjulpet han. I slike situasjoner kan gjerne svak paternalisme være en akseptert og fornuftig handling, der sykepleieren bruker milde påtrykk for å hjelpe (Solheim 2015; Brinchmann 2016b).

Ifølge Solheim (2015, s. 280) skal en unngå å gi valgmuligheter som ikke er reelle. Dersom du på forhånd har bestemt deg for at personen må dusje, ikke spør om han da vil, for så å si at han må det når han svarer nei. Dette ble tatt opp som et tema i studien til Helgesen, Larsson & Athlin (2014). Selv om noen sykepleiere var bevisste nettopp dette og så på det som irrelevant da de visste at stellet måtte gjennomføres, og i stedet sa til beboeren «Nå må du stå opp, jeg skal hjelpe deg», kunne noen sykepleiere «kamouflere» avgjørelsen sin gjennom å spørre beboeren hva han eller hun ønsket. Likevel hadde de tatt en beslutning, og ventet heller ikke på

at beboeren skulle få svare. En sykepleier uttrykte: «You feel in a way that you have given them some freedom of choice, but you know that they do not have the ability to make choices. It might be more important to my own feeling of offering something than the matter of letting them decide».

Hauge (2014) hevder at medbestemmelse også kan handle om at ansatte er fleksible. Dette er i tråd med funn fra Egede-Nissen et al. (2012). Deltakerne forklarte hvordan morgenstellet er fleksibelt, du kan gjøre det senere, det trenger ikke nødvendigvis skje før klokken ti, kanskje har personen perioder i løpet av dagen hvor han er mer klar for å motta hjelp? En annen sa at selv om det er rutiner og tider for når ting skal skje, er det viktig at de gamle selv får bestemme når ting skal skje, uavhengig av å måtte ta hensyn til sykepleierens tid. Hvordan fleksibilitet er sentralt i møte med personer med demens utover retten til medvirkning utdypes i neste punkt.

5.4 Betydningen av «gylne øyeblikk», fleksibilitet og kreativitet

Som jeg var inne på innledningsvis, er det ikke alltid slik at sykepleier kan hjelpe med stell når det måtte passe hun, noen ganger kan personer med demens reagere med motstand og avvise hjelp. Thorvik et al. (2014) fant derfor at det å alltid være beredt er sentralt i omsorgen til personer med demens. Med dette menes det at sykepleier er årvåken for raske skiftninger i pasientens tilstand, hvor de ansatte er bevisste på at muligheter for å hjelpe kan dukke opp når som helst. En forutsetning er da at personale også reagerer raskt og utnytter disse «gylne øyeblikkene». At sykepleiere med fordel kan utnytte gylne øyeblikk, kommer også frem i studien til Helgesen, Larsson & Athlin (2014). En sykepleier forklarte «Some residents put their trousers on in the morning and will not take them off again. In such cases you can help them with personal hygiene later, when they have to use the restroom – be ready with the cloth.».

Stellesituasjoner med personer med demens kan plutselig endre seg, selv om sykepleieren har en god relasjon og tilnærming til personen (Smit & Hvalvik, 2015). I den sammenheng fremmer Gjerberg et al. (2013) også sykepleiers evne til være fleksibel, og hevder at det vil påvirke stellesituasjoner, kunne redusere motstand og dermed også unngå bruk av tvang. De fremhevet betydningen av å for eksempel bare utføre deler av stellet, la vedkommende spise, ta en kaffe eller røyk først, eventuelt prøve igjen senere eller bytte personale. Hvordan fleksibilitet i form av å utsette stell til et senere tidspunkt kommer går også frem av funn fra både Wilson et al. (2012), D'Hondt et al. (2011) og Thorvik et al. (2014). Thorvik et al. (2014) løfter i motsetning

til de andre frem hvordan evnen til å være fleksibel ikke bare er en individuell egenskap hos den enkelte sykepleier, men en kollektiv tilnæringsmåte som også er avhengig av at kollegaene er fleksible og kan omprioritere egne arbeidsoppgaver.

Gjennom å utnytte gyldne øyeblikk og være fleksibel kan altså sykepleier møte personen der han er, på vedkommende sine premisser, unngå å gå inn i situasjoner som kan ende med tvang, og ikke minst sikre at retten til medbestemmelse ikke havner i skyggen av rutiner.

Travelbee (1999, s. 138) hevder at jo mer kreativ, kunnskapsrik og dyktig sykepleier er, desto bedre er hun i stand til å øse av den kraften og styrken som ligger i kommunikasjonen. Sykepleiers evne til kreativitet i kommunikasjon og samhandling i demensomsorgen kan synes å være en nyttig egenskap. Til eksempel fant Thorvik et. al (2014) at de ansatte i studien fremstod som kreative i sin arbeidsform. Når en beboer ikke ville stå opp om morgenen, kunne de bytte samtaletema eller prøve å vekke nysgjerrigheten overfor noe eller noen. En deltaker fra D'Hondt et al. (2011) viste i tillegg til å være kreativ, igjen betydningen av å gjøre seg kjent med personens livshistorie for å fremme samarbeid og samhandling: «The reason that he doesn't wash his hair, I asked him one time...he was in the war and he said for 2 year he didn't wash his hair...you know like in the war you had to go see the barber and the barber will cut your hair and wash your hair. So you have to tell him the barber is coming to cut your hair».

5.5 Betydningen av holdninger og en løsningsorientert avdelingskultur

Travelbee (1999, s. 137) hevder at sykepleierens holdninger – hennes grunnleggende intensjoner og oppfatning av den andre alltid blir kommunisert. Dersom hun ikke interesserer seg for den syke, vil denne mangelen på interesse kommuniseres, uansett hva hun måtte gi uttrykk for med ord, og den syke vil reagere tilsvarende. Dersom en tar utgangspunkt i nærhetsetikk (jf. 2.5.1), vil det trolig ikke bli en god situasjon eller et godt stell, dersom sykepleier verken interesserer seg for personen og ei heller har positive tanker og følelser knyttet til vedkommende.

Det hender at en hører ansatte i sykehjem si: «Hun er utagerende», «vanskelig», «dette bli ikke en lett oppgave» etc. Slike utsagn kan tyde på at en har vansker med å se personen bak demensdiagnosen og at en heller ikke anstrenger seg for å forstå reaksjonene og årsaken til atferden. På samme måte som Travelbee (1999) mener at en ikke skal kategorisere den syke som «pasient» ettersom det hindrer en i å se det unike ved personen, kan det være mulig å hevde

at det samme gjelder når en kategoriserer personer med demens som «vanskelige» og «utagerende». Når personer med demens stemples som utagerende og vanskelige, har jeg selv fått erfare hvordan dette påvirker min og avdelingen sin holdning, og dermed også motivasjon og engasjement i møte med vedkommende. Solheim (2015) hevder at slike merkelapper lett kan oppfattes om egenskaper, personlighetstrekk og ikke reaksjoner på noe som oppleves vanskelig for den som «eier» atferden. Wogn-Henriksen (2008, s. 92) forklarer at når vi blir slitne og utbrente, øker risikoen for at negative elementer i vår holdning får større spillerom. Ifølge Johnsen & Smebye (2008) vil utbrente hjelpere trekke seg følelsesmessige tilbake og bli mer oppgaveorienterte. Av disse grunnene tror jeg det vil være viktig at det skapes en positiv avdelingskultur, der det jobbes systematisk med å bevisstgjøre seg og etablere gode holdninger til personer med demens.

Dersom en opplever samhandlingen med beboere som utfordrende, vil nok ikke en positiv avdelingskultur være synonymt med å tie. Dette støttes av funn fra Egede-Nissen et al. (2012) som fremmer betydningen av å snakke sammen om vanskelige opplevelser, både for å ta vare på hverandre, men også for å jobbe kunnskapsbasert med sikte på å forbedre situasjonen for personen med demens. På samme måte understreker Travelbee (1999, s. 177) at sykepleieren også er et menneske med sine behov som må ivaretas, gjerne gjennom meningsfylt kontakt med kollegaer, dersom hun faktisk skal kunne ivareta den sykes behov. En trygg, åpen og løsningsorientert avdelingskultur, der en kan dele erfaringer og danne en felles forståelse for mulige løsninger vil kunne tenkes å ha stor betydning og slik også være en sentral forutsetning for å få til gode stell i møte med personer med demens. Skovdahl & Berentsen (2014) hevder at sykepleiere har ansvar for å skape en kultur i avdelingen der stellet verdsettes, fokuseres og gis status som en viktig og krevende omsorgshandling.

D'Hondt et al. (2011) løfter frem viktigheten av å kommunisere strategier som fungerer og ikke knyttet til den enkelte beboer, og gi hverandre råd. Deltakerne i studien mente at dette særlig var viktig med tanke på deltidsansatte som ikke jobbet regelmessig med beboerne. Det er åpenbart et poeng i dette sett i sammenheng med Gjerberg et al. (2013), som fant at bruk av tvang økte i helgene, noe de ansatte hevdet kunne ha sammenheng med deltidsansatte som ofte var uerfarne og ikke kjente beboerne godt nok. Eide & Eide (2017, s. 333) på sin side, hevder at kanskje den beste måten å utvikle sin evne til å forstå den enkelte unike personen en har med å gjøre, er å nettopp observere og snakke med sine kollegaer. Hva gjør de? Hva har de oppdaget som andre ikke ser? Hvordan får de personen med på ting andre ikke får til?

6 Avslutning

Det er gjerne ikke et fasitsvar på hvordan en som sykepleier fremmer gode stellesituasjoner, da alle personer med demens er forskjellige og har ulike behov. Dersom sykepleier går inn for å bli kjent med personen med demens, både som han er og som han var, har evne til hensiktsmessig kommunikasjon og tilnærming, gjør han til en aktiv deltaker der det er mulig, er fleksibel, utnytter gyldne øyeblikk, er bevisst sine holdninger, samt bidrar til at det utvikles en positiv avdelingskultur, tror jeg likevel mye er gjort for at personer med demens i sykehjem skal få dekket sine behov for personlig hygiene og velvære på en god måte.

Travelbee (1999) hevder at den syke får sine behov ivaretatt gjennom at det utvikles gjensidig forståelse og kontakt, altså et menneske-menneske-forhold. Hennes fremstilling av fasene som fører til dette tilsier at begge husker hverandre fra gang til gang. I samhandling med personer med demens, som har sviktende hukommelse, vil dette kunne bli vanskelig. Samtidig vil det nok kunne etableres en form for gjensidig forståelse og kontakt i hver enkelt situasjon, dersom sykepleieren møter personen med vennlighet, varme, forståelse og tålmodighet. Om ikke, reagerer gjerne personen med å avvise sykepleieren, og dermed vil han ikke heller få sitt behov for personlig hygiene ivaretatt ettersom han er avhengig av sykepleierens hjelp og støtte.

Personer med demens har ofte mindre mulighet til selv å formidle det som skjer med dem. Derfor tror jeg det er viktig at sykepleiere og annet helsepersonell faktisk har fokus på å bruke sin makt positivt gjennom å fremme gode stellesituasjoner uten bruk av tvang eller andre krenkende handlinger. Til senere kunne det vært interessant å se en mer detaljert beskrivelse av sykepleiers praktiske handlinger i selve stellet, og utfordringer som kan oppnå i møte med personer med demens som ikke har norsk, og kanskje heller ikke engelsk som sitt morsmål. Hvordan kan sykepleiere fremme gode stellesituasjoner og sørge for at disse også får ivaretatt sitt behov for personlig hygiene på en god måte?

7 Referanseliste

Bjørk, I. T., & Breievne, G. (2016). Kropp og velvære. I N. H., Kristoffersen, F. Nordtvedt, E. A., Skaug & G. H., Grimsbø (Red.). *Grunnleggende sykepleie bind 2 – grunnleggende behov*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Brinchmann, B. S. (2016a). De fire prinsippers etikk. I B.S Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. Utg., s. 81-96). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brinchmann, B. S. (2016b). Nærhetsetikk. I B.S Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. Utg., s. 114-129). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brodtkorb, K. (2014). Stellet – mulighetenes arena. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s.174- 182). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og Oppgaveskriving* (6. utg.) Oslo: Gyldendal.
- Direktoratet for e-helse (2018). *ICD-10 – Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*.
Hentet fra <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/1/0/0/2>
- D'Hondt, A., Kaasalainen, S., Prentice, D., Martin, L. S. (2011). Bathing residents with dementia in long term care: critical incidents described by personal support workers. *International Journal of Older People Nursing*, 7, s. 253-263.
doi 10.1111/j.1748-3743.2011.00283.x.
- Eide H., & Eide T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner – personorientering, samhandling og etikk*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Egede-Nissen, V., Jakobsen, R., Sellevold, G. S., & Sørлие, V. (2013).
Time ethics for persons with dementia in care homes. *Nursing Ethics*, 20(1), s. 51-60.
doi: 10.1177/0969733012448968
- Engedal, K. (2016). *En bok om demens – husk meg når jeg glemmer*. Oslo: Pax Forlag.

Folkehelseinstituttet. (2018). *Psykisk helse I Norge*. Hentet fra <http://turl.no/1lxe>

Gjerberg, E., Hem, M.H., Førde, R., & Pedersen R. (2013). How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 20(6), s. 632-644
doi: 10.1177/0969733012473012.

Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s.265-267). Oslo: Gyldendal akademisk.

Helgesen, A. K, Larsson, M., Athlin E. (2014). Patient participation in special care units for persons with dementia: A losing principle? *Nursing Ethics*, 21(1), s. 108-118.
doi 10.1177/0969733013486796.

Helse og omsorgsdepartementet (2015). *Demensplan 2020*.
Hentet fra <http://tinyurl.com/y7mqvlt7>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr. 64.
Hentet fra <http://tinyurl.com/nktgm3w>

Helse og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011 nr. 30. Hentet fra <http://turl.no/1lxn>

Hem, E. (2013). Pasient, klient, bruker eller kunde? *Tidsskrift for den norske legeforening*, 8, s. 821. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2013--821.pdf>

Holm, G. S., Hartviksen, T. A., Sjølie, B. M., & Solbakken R. (2015). Hud og vev. I E. K. Grov, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1*. (2.utg, s. 739-772). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Johnsen, L., & Smebye, K. L. (2008). Bruk av tvang i demensomsorgen. I A-M. M Rokstad, & K. L., Smebye (Red.), *Personer med demens – møte og samhandling*. (s. 207-229). Oslo: Akribe.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.A., & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt., E.A. Skaug & G. H Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1 – Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., s. 15-27). Oslo: Gyldendal.

Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt., E.A. Skaug & G. H Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3 – Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 15-64). Oslo: Gyldendal.

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting av 1.juli 2003 nr. 792. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>

Pihl, E. (2014). Sansesvikt i eldre år. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 286-299). Oslo: Gyldendal akademisk.

Rokstad, A-M.M. (2008). «Hva er demens?» I A-M. M Rokstad, & K. L., Smebye (Red.), *Personer med demens – møte og samhandling*. (s. 27-45). Oslo: Akribe.

Skotnes, L. H., Omli, R., Einarsen, E. K., & Dahlhaug L. (2014). Eliminerasjonsproblemer. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 324-337). Oslo: Gyldendal akademisk.

Solheim, K. V. (2015). *Demensguiden – holdninger og handlinger i demensomsorgen*.

Oslo: Universitetsforlaget.

Mensen, L. (2014). Biologisk aldring. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.),

Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten (2.utg., s. 52-57). Oslo:

Gyldendal akademisk.

Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Juridisk

Mæland, M. J., Joa, I., & Testad, I. (2013). Agitasjon og funksjon i stell: forekomst og

sammenheng hos personar med demens. *Sykepleien forskning årgang 13(3)*, s. 232-

240. doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0092

Norsk sykepleierforbund (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v.

av 2. juli 1999 nr. 63. Hentet fra <http://tinyurl.com/yaa79ats>

Skovdahl, K., & Berentsen V. D. (2014). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K.

Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle*

pasienten (2.utg., s.408-435). Oslo: Gyldendal akademisk.

Smebye, K. L. (2008). Å møte personer med demens. I A-M. M Rokstad, & K. L., Smebye

(Red.), *Personer med demens – møte og samhandling*. (s. 13-24). Oslo: Akribe.

Smit, J.A., & Hvalvik, S. (2015). Makt og tvang i stellesituasjoner.

Geriatrisk sykepleie, 7(2), s. 6-13. Hentet fra <http://turl.no/1lyc>

Thidemann, I. J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Thorvik, K.E., Helleberg, K., & Hauge S. (2014). God omsorg for urolige personer med demens. *Sykepleien forskning nr 3, 14(9)*, s. 236-242. doi: 10.4220/sykepleienf.2014.0140

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: universitetsforlaget.

Wilson, R., Leonard, C., Rochon, E., & Mihailidis, A. (2012). Formal Caregivers' Perceptions of Effective Communication Strategies while Assisting Residents with Alzheimer's Disease During Activities of Daily Living. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 36(4), s. 314-331. Hentet fra <http://turl.no/11ya>

Wogn-Henriksen, K. W. (2008). Kommunikasjon. I A.M. Rokstad, & K. L., Smebye (Red.), *Personer med demens – møte og samhandling*. (s. 87-112). Oslo: Akribe.