



Geriatrisk sykepleie

NR. 3-2013 • ÅRGANG 5

NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

TEMA: Demens

Hvordan ta vare på verdigheten?

Sykepleien

Søk stipend

NSF FGD utlyser utdanningsstipend.

Alle medlemmer i NSF FGD som er ajour med medlemskontingenten for 2013 kan søke.

NSF FGD deler hvert år ut fire utdanningsstipend à kr 5000 til medlemmer som tar videre- eller etterutdanning.

To stipend deles ut på våren med søknadsfrist 1. april og to på høsten med søknadsfrist 1. oktober.

Du er velkommen til å søke stipend ved å fylle ut søknadskjema tilgjengelig på nettsidene våre (<https://www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/sykepleiere-i-geriatri-og-demens>) og sende dette til faggruppas leder på epost (sovolve@online.no) som videreformidler søknaden til stipendutvalget.

Følgende kriterier ligger til grunn for tildeling av stipendet:

1. Utdanningens relevans i forhold til NSF FGD/NSFs satsningsområde.
2. Ansiennitet i faggruppen.
3. Søkere som har søkt tidligere, men ikke har fått tildelt stipend, blir prioritert dersom øvrige kriterier står likt.
4. Hvor langt søkeren er kommet i utdanningsløpet.
5. Søkere som har fått tildelt stipend tidligere vil ikke bli prioritert.



Foto: Colourbox

LEDER:
Cecilie Olsen



Demens på dagsorden

Årets tv-aksjon ble avholdt 20. oktober og gikk til Nasjonalforeningen for folkehelsens arbeid med demens. De innsamlede midlene skal blant annet brukes til forskning som kan bidra til å løse demensgåten. Alle kjenner noen som er rammet av denne sykdommen som både stjeler minnene og etter hvert personligheten til den syke. Med åpenhet og kunnskap om demens, ønsker man å knuse fordommer og tabuer rundt sykdommen.

I denne utgaven av Geriatrik sykepleie er også demens tema. Vi ønsker å sette søkelyset på at kunnskap, personsentrert omsorg og en stor dose kreativitet har betydning for muligheten til å redusere tvang og øke brukermedvirkningen også for denne pasientgruppen.

Atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens (APSD) er en del av sykdomsbildet, og er økende etter hvert som sykdommen progredierer. Slike symptom kan være vandring, verbal aggresjon, fysisk utagering, negativisme, biting, vrangforestillinger og hallusinasjoner. Da det er de sykeste pasientene som blir tilbudt sykehjemsplass, er det også i sykehjem man opplever mest utfordringer med å håndtere disse symptomene. Studier viser også at jo yngre personer med demens er, jo mer agitert atferd har de. Symptomene må ikke bare forstås som en del av sykdommen, men også som den sykes måte å samhandle med omgivelsene på. Dessverre kan manglende evne til å forstå og håndtere disse utfordringene, føre til økt bruk av tvang og redusert brukermedvirkning.

Bevegelsehindrende tiltak, ulike former for overvåking, låste dører, tilsetning av medisin i mat og press eller tvang i forbindelse med stell er eksempler på tiltak som bærer preg av tvang. 1. januar 2009 ble kapittel 4A i Pasient- og brukerrettighetsloven gjort gjeldende. Den nye lovhomeklemmen skulle sikre et minimum av helsehjelp til pasienter som ikke forstår at de har behov for hjelp, og samtidig redusere bruk av tvang til disse pasientene. En evaluering tre år etter, viser at lovendringen har redusert bruken av makt og tvang samtidig som det er gitt en bedre kontroll der tvang og makt er funnet nødvendig. Ikke

minst har lovendringen bidratt til en erkjennelse av pasientens rett til respekt for sin integritet og rett til selvbestemmelse!

Utfordrende atferd hos personer med demens kan være krevende å håndtere både for helsepersonell og pårørende. Pårørende blir utslitt og helsepersonell kan oppleve stress og utbrenthet. For pårørende har spesielt pårørendeskoler hvor økt kunnskap og forståelse for slike symptomer, samt etablering av nettverk med andre i samme situasjon, vist seg å ha stor nytte. For helsepersonell kan opplæring i ulike kartleggingsverktøy for å finne mulige årsaker til atferden, være til hjelp. Dette er komplisert da både biologiske, sosiale og psykologiske faktorer spiller inn, men kan være avgjørende for å finne frem til den rette behandlingen og rett terapeutisk tilnærming til akkurat den pasienten.

Bruk av tvang til personer med demens er ofte et resultat av vanskelig atferd, en atferd som gjerne blir definert av helsepersonellet. Viktig å huske på er at vanskelig atferd også kan være uttrykk for en endret atferd som kanskje bør utredes. Atferd er en kommunikasjonsform som må «tolkes» og har alltid en årsak. Dermed må tiltakene rettes inn mot de underliggende årsakene og ikke mot atferden i seg selv. Vanskelig atferd er ikke noe man er, men noe man har!

Økt kunnskap om demens, APSD symptomer, lovgivning, kartlegging og tiltak kan redusere bruken av tvang og føre til økt brukermedvirkning. Systematisk etikkarbeid hvor helsepersonell kan få drøfte etiske og faglige utfordringer, vil føre til økt refleksjon og trygghet hos ansatte. Innholdet i sykepleierens verktøykasse vil være av stor betydning for å redusere bruken av tvang og øke brukermedvirkningen hos personer med demens.

Cecilie Olsen

LEDER NSFs FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE
I GERIATRI OG DEMENS

GERIATRISK SYKEPLEIE blir gitt ut av Norsk Sykepleierforbunds Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens, i samarbeid med Sykepleien.

ISSN: 1891-1889

ANSVARLIG REDAKTØR

Torill Sæterstrand
torill.saeterstrand@gmail.com

REDAKSJONSKOMITE/FAGLIGE MEDARBEIDERE

Jorunn Drageset, PhD, førsteaman., Universitetet i Bergen og Høgskolen i Bergen.
Solveig Hauge, PhD, førsteaman., Høgskolen i Telemark og Universitetet i Oslo.
Liv Wergeland Sørbye, PhD, førsteaman., Diakonhjemmet høyskole.

ABONNEMENT:

Send bestilling til:
torill.saeterstrand@gmail.com
Pris: I Norge kr. 400, internasjonalt kr. 500. Institusjonsabonnement i Norge/biblioteker: kr 1 000.

ANNONSER:

Torill Sæterstrand
torill.saeterstrand@gmail.com

HJEMMESIDE:

www.sykepleierforbundet.no/fag-grupper/geriatri-og-demens

ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN

Barth Tholens
Tlf. 22 04 33 50/ 40 85 21 79
barth.tholens@sykepleien.no

DESKJOURNALIST

Johan Alvik
Tlf. 92 60 87 06
johan.alvik@sykepleien.no

LAYOUT

Hilde Rebård Evensen
hilde.rebaard.evensen@sykepleien.no

Nina Hauge
nina.hauge@sykepleien.no

Sissel Hagen Vetter
sissel.vetter@sykepleien.no

Monica Hilsen
monica.hilsen@sykepleien.no

TRYKK

Color Print A/S

FORSIDEFOTO:

Scanpix/Microstock

NESTE UTGAVE: 27. februar 2014

ANNONSERING

Geriatrisk Sykepleie passer for annonsører som ønsker å nå sykepleiere i geriatri og demensomsorgen i alle deler av helsetjenesten. Tidsskriftet sendes alle medlemmer i faggruppen og øvrige abonnenter. Tidsskriftet har et opplag på 2000 blad. I 2012 utgis Geriatrisk Sykepleie tre ganger. For nærmere informasjon om annonsering, utgivelsesplan og priser, ta kontakt med: ann.k.helgesen@hiof.no



8 TVANG: Ta vare på verdigheten.

«Mangel på kunnskap og kompetanse setter pasienter og pleiere i en sårbar situasjon.»

Torill Sæterstrand, side 7



26 LINDRING: Smertebehandling ved demens.

Innhold

NR. 3-2013 • ÅRGANG 5

3 **LEDER:** Cecilie Olsen

6 Landsstyret, lokalgruppedere
og kontaktpersoner

7 **LEDER:** Redaktør Torill Sæterstrand

8 Hvordan styrke pasientens integritet
og verdighet når tvang er uunngåelig?

19 Sansestimulering med enkle midler

21 Faglig påfyll

22 Program Mørketidskonferansen

26 Smertebehandling til personer
med langtkommen demens

35 Landskonferansen 2014

19 **AKTIVITET:** Sansestimulering med enkle midler.



Vitenskapelig tidsskrift

Geriatrisk Sykepleie er et vitenskapelig og fagfellebedømt tidsskrift som har som formål å styrke det vitenskapelige grunnlaget for geriatrisk sykepleie og sykepleie til personer med demens gjennom formidling av klinisk forskning og utvikling innen fagfeltet. Tidsskriftet er også et medlemsblad for medlemmer i Norsk Sykepleierforbunds faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens.

Tidsskriftet publiserer vitenskapelige artikler, fagartikler, kronikker og bokanmeldelser samt reportasjer. Manuskripter sendes til ansvarlig redaktør som vedlegg til e-post. Forfatterveiledning og nærmere informasjon se nettsiden: www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/sykepleiere-i-geriatri-og-demens

Landsstyret NSF FGD 2012 – 2014



Leder:

Cecilie Olsen
Sælenveien 59A, 5143 Fyllingsdalen
Mobil: 99 22 85 54
e-post: sovolse@online.no



Redaktør, abonnementsansvarlig og nestleder:

Torill Sæterstrand
Villaveien 10, 8400 Sortland
Mobil: 93 28 73 85
e-post: torill.saeterstrand@uin.no



Økonomiansvarlig:

Hilde Fryberg Eilertsen
Vikveien 21, 9022 Krokeldalen
Mobil: 90 10 43 23
e-post: hildefryeil@hotmail.com



Konferanseansvarlig:

Ranveig Lie
Mobil: 41 49 97 11
e-post: ranveig6@online.no/
ranveig.lie@ullensaker.kommune.no



Utstilleransvarlig:

Wivi-Ann Tingvoll
Hagebakken 11, 8500 Narvik
Mobil: 97 53 95 55
e-post: vat@hin.no



Nettredaktør og medlemsansvarlig:

Gunhild Grythe
2910 Aurdal
Mobil: 92 08 56 91
E-post: gunhil-g@online.no

LOKALGRUPPELEDERE

Lokalgruppen i Agder-fylkene:

Styret etterlyser interesserte medlemmer i Agder-fylkene som kan være behjelpelig med å få lokalgruppen opp å gå igjen.

Lokalgruppeleder i Hordaland:

Terje Årsvoll Olsen
Mobil: 97 69 26 20
e-post: tao@broadpark.no

Lokalgruppeleder i Oppland:

Turid Bjørnstad Aas
Mobil: 41 67 43 95, e-post: turid.aas@vestre-toten.kommune.no

Lokalgruppeleder i Oslo/Akershus:

Christine Jærv Ekheim
Mobil: 95 80 10 93
e-post: christineekheim@hotmail.com

Lokalgruppeleder i Rogaland:

Kari Kristin Bergersen Stærk
Telefon: 98 69 44 36
e-post: kari.kristin.sterk@stavanger-kommune.no

Lokalgruppeleder i Telemark:

Sylvi Pedersen
Mobil: 92 08 18 42
e-post: sy-ped@online.no

Lokalgruppeleder i Troms:

Hilde Fryberg Eilertsen
(se landsstyret)

Lokalgruppeleder i Vestfold:

Veslemøy Bakke
Mobil: 91 86 39 33
e-post: vesbakke@gmail.com

Lokalgruppeleder i Buskerud:

Heidi Hobbestad
Mobil: 99 70 49 51
e-post: heho7412@hotmail.com

Lokalgruppeleder i Trøndelag:

Kari Merete Lian
Mobil: 41 30 09 12
e-post: kari_merete4@hotmail.com

Lokalgruppeleder Østfold:

Håkon Johansen
Mobil: 90 85 06 70
e-post: haaj4@online.no

KONTAKTPERSONER

Kontaktperson i Møre og Romsdal:

Linda Rønning
Mobil: 99 69 08 29
e-post: linda.ronning@molde.kommune.no

Kontaktperson i Finnmark:

Solfrid Nilsen Lund
Telefon: 78 43 18 61
Mobil: 99 64 64 78
e-post: so-ni-lu@online.no

Kontaktperson i Hedmark:

Styret etterlyser interessert medlem i Hedmark som kan være kontaktperson.

Kontaktperson i Nordland:

Kirsten Willumsen
Telefon: 75 55 41 32 Mobil: 91 12 24 15
e-post: kirsten.willumsen@bodo.kommune.no

Kontaktperson i Sogn og Fjordane:

Styret etterlyser interessert medlem i Sogn og Fjordane som kan være kontaktperson.

Valg i NSF FGD

På Generalforsamlingen som avholdes i forbindelse med Landskonferansen i mars 2014 skal det velges nytt styre i NSF FGD. Det sittende styret har sagt seg villige til gjenvalg.

Følgende posisjoner skal besettes:

- Faggruppeleder
- 5 antall styremedlemmer
- 2 antall varamedlemmer

Fagfeltet er i utvikling! Med økende medlemsmasse har faggruppen en spennende fremtid. Bli med og påvirk faggruppen med din erfaring og engasjement!

Nominasjonskomiteen oppfordrer alle engasjerte om å stille til valg. Komiteen ønsker spesielt å utfordre de som jobber klinisk og menn til å ta kontakt.

Interesserte som ønsker å stille til valg må være medlem i FGD og å jour med kontingent

For nominasjonskomiteen:
Trygve Johannes Lerheim Sævareid,
Telefon 95 11 33 32
tjsaevareid@yahoo.com

REDAKTØR:
Torill Sæterstrand



Demens, tvang og brukermedvirkning

Demens, tvang og brukermedvirkning er fokuset for denne utgaven av Geriatrisk sykepleie. Kunnskap og kompetanse hos ansatte som arbeider med denne pasientgruppen er en viktig forutsetning for å sikre kvaliteten på behandling, pleie- og omsorgstilbudet.

Pleie- og hjelpetrengende eldre er den største gruppen som behandles i sykehjem. Omtrent 70 000 mennesker lider av demens i Norge og halvparten gis et tilbud i sykehjem. Tvangsbruk og utbredelsen av dette er vanskelig å anslå. En studie fra 2005 viser at 45 % av pasientene på skjermet avdeling og 37 % av pasientene på sykehjemsavdelinger ble utsatt minst en gang pr. uke for bruk av tvangstiltak (1). Årsaken til tvangen var mental svikt, urolig atferd og stort hjelpebehov.

Det er strenge krav til tvangsvedtak (2). Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-5 skal det dersom helsehjelpen innebærer et alvorlig inngrep for pasienten, treffes vedtak av helsepersonell, etter samråd med annet kvalifisert helsepersonell. I vurderingen av hva som er et alvorlig inngrep for pasienten, skal det blant annet tas hensyn til om tiltaket innebærer inngrep i kroppen, bruk av reseptbelagte legemidler og graden av motstand. Ifølge Testad (3) kan systematisk undervisning og veiledning av sykehjemspersonale redusere urolig atferd og bruken av tvang overfor personer med demens. Hun påpeker at strukturelle og organisatoriske forhold knyttet til ledelse, faglig utvikling, opplevelse av mestring i arbeidet, sosialt miljø og kultur i organisasjonen er viktig. Undersøkelsen viser at disse forholdene kan endres med bedre pleie og livskvalitet som resultat. Tilnærmingen til særlig sårbare pasienter spiller her en stor rolle (4). Å ivareta menneskeverdet i slike situasjoner er helsepersonellens ansvar. Trusselen mot eldres rettssikkerhet ligger ikke i forhold til mangelen på lover, regler, veiledere og forskrifter. Det er nødvendig med spesiell kunnskap om geriatri, gerontologi og geriatrisk sykepleie i tillegg til at tjenestene organiseres på en slik måte at pasienten settes i sentrum. Demenssykdom vil øke i årene framover og kompetanse om demens blir derfor svært viktig.

I tidsskriftet som du nå leser, vil forfatterne Gumucio Larsen, Sjøstad og Årsvoll Olsen belyse hvordan sykepleiere kan styrke pasientenes integritet og verdighet i sykehjem når tvang er uunngåelig. For å belyse problemstillingen har de gjort litteratursøk og drøftet litteraturen i lys av egne erfaringer fra arbeid i en avdeling for utredning av demens med APSD. Resultatet viser at kunnskap og kompetanse om utfordringer ved demenssykdom styrker pasientenes verdighet og integritet, mens mangel på kunnskap og kompetanse setter pasienter og pleiere i en sårbar situasjon. De påpeker at tilstrekkelig kunnskap både er et personlig og et organisatorisk ansvar. Uten dette kan det spre seg negativitet i miljøet, og pasienten kan derved stå i fare for å bli krenket.

Jensen og Tingvolls artikkel fokuserer på hvilke forutsetninger som må ligge til grunn for å styrke sykepleiernes vurderinger av behovet for smertelindring til pasienter med langtkommen demens og språkvansker. Mye tyder på at vansker med å tolke pasientenes tvetydige signaler kan være en av årsakene til utilfredsstillende smertebehandling. For å belyse temaet ble fem sykepleiere intervjuet. Studien viser at sykepleiernes erfaringer med smertebehandling peker i retning av både over- og underbehandling. Årsaken ser ut til å være vanskeligheter med å tolke pasientens uttrykk, manglende faglige basiskunnskaper, manglende spesifikke kunnskaper om demenssykdom samt manglende samarbeid innad i helsefaggruppen. Forfatterne påpeker at samarbeid i personalgruppen, med tilsynslegen og pårørende er sentralt for å kunne ivareta pasientens behov for smertelindring. Lederne må prioritere kompetanseheving til personalet. Dette vil kunne øke pasientenes livskvalitet.

Lies artikkel stiller spørsmål om sansestimulering kun kan skje i sansehage. Hun viser til hvordan trivselsfremmende aktiviteter i dagliglivet i sykehjem kan bidra til gode samtaler og humørspredning i hverdagen. Slike tiltak kan være med på å dempe utagerende atferd.

Artiklene i dette tidsskriftet belyser situasjonen for pasienter i sykehjem og peker i retning av at høy kunnskap og kompetanse hos ansatte sykepleiere er viktig for å kunne gi god behandling, omsorg og pleie av eldre som lider av demens og som har ulike behov og problemstillinger.

Dette tidsskriftet er viet sykepleieutfordringer i sykehjem, men det trengs for øvrig mer kunnskap om hvordan pasienter med demens ivaretas utenfor institusjon, noe ny forskning bør sette søkelys på.

Referanser:

1. Kirkevold, Ø. Bruk av tvang i sykehjem. Tidsskr Nor Laegeforening 2005; 125:1346-1348
2. Lov om pasient og brukerrettigheter. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. 1999. Sist endret 2013-09-01. <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-063-005.html#4A-5>
3. Testad, I. Agitation and use of restraints in nursing home residents with dementia. Prevalence, correlates and the effect of care staff training. PhD. 2010. Bergen:UJB
4. Jakobsen, R. Nærvær når identiteten er truet. En studie av god omsorg til personer i særlig sårbare situasjoner. PhD. 2012. Bodø:UIN

Torill M. Sæterstrand

REDAKTØR GERIATRISK SYKEPLEIE

Hvordan styrke pasientens integritet og verdighet når tvang er uunngåelig?



■ Av **Merete Sjøstad**, hovedforfatter. Sykepleier ved Olaviken alderspsykiatriske sykehus, ved en avdeling for utredning og behandling av pasienter med demenssykdom og utfordrende atferd

Innledning

Målet med artikkelen er bevisstgjøringen av sykepleiere i å møte pasienter med respekt og verdighet også under tvang. Begrunnelsene ligger i Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. Vi går ikke inn og drøfter denne, men den ligger som et fundament for artikkelen. Gjennom praksis i sykepleierutdanningen har vi sett hvor utfordrende dette kapittelet er, og hvor lite kunnskap som finnes om teksten.

Metode

Artikkelen baserer seg på vår bacheloroppgave i sykepleie og er en litteraturstudie. Vi legger frem teori og drøftinger som omhandler hva sykepleiere kan gjøre

for å styrke pasientenes verdighet og integritet, når tvang er uunngåelig. Litteraturstudie baserer seg på vurdering og systematisering av kunnskap fra skriftlige kilder (1. s.128). Litteraturstudien er basert på litteratur og forskning som kan gi oss ytterligere kunnskap og forståelse. Teori er hentet fra anerkjente søkebasener som Pubmed, SveMed +, Idunn, Helsebibliotek, Cinahl og BIBSYS Ask. I tillegg har vi brukt Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, tvangsforsk.no, forskning.no, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse, Helse og omsorgsdepartementet og Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenester. Vi har presentert funn i teksten både under teoretiske referanseramme og i drøftingen. Litteraturen vi har brukt er både



■ Av **Anita Gumucio Larsen**, hovedforfatter. Sykepleier ved Olaviken alderspsykiatriske sykehus, ved en avdeling for utredning og behandling av pasienter med demenssykdom og utfordrende atferd

Sammendrag: I årene framover vil antall pasienter med demenssykdom øke. Kompetanse om demens og utfordrende atferd blir derfor svært viktig for å kunne ivareta denne pasientgruppen. Demenssykdom kan blant annet gi svært belastende symptomer som atferdsforstyrrelse (APSD). Dette vil ofte oppleves belastende for den enkelte pasient, som får dårligere livskvalitet. I tillegg kan det oppleves belastende for helsepersonellet. Hensikten med denne artikkelen er å belyse hvordan sykepleiere kan styrke pasientenes integritet og verdighet når tvang er uunngåelig. For å belyse problemstillingen har vi gjort litteratursøk og drøftet litteraturen i lys av egne erfaringer fra arbeid i en avdeling for utredning av aldersdemens med APSD. Resultatet viste at kunnskap og kompetanse om utfordringer ved demenssykdom styrker pasientenes verdighet og integritet. Mangel på kunnskap og kompetanse setter pasienter og pleiere i en sårbar situasjon. Tilstrekkelig kunnskap er både et personlig og et organisatorisk ansvar, uten dette sprer negativitet seg i miljøet, og pasienten står i fare for å bli krenket.

Abstract: In the coming years, the number of patients with dementia will increase. Knowledge of dementia and challenging behavior is therefore very important to safeguard this population. Dementia disease can provide very distressing symptoms such as conduct disorder (BPSD). This is stressful for the individual patient and could cause poorer quality of life, it also increases the strain on health care providers. The purpose of this article is to illustrate how nurses can strengthen patient integrity and dignity when coercion is unavoidable. The method we have used is a study of what affects nurses' attitudes and actions towards persons with dementia who suffer from BPSD. To investigate this problem, we have used professional textbooks, literature searches and peer reviewed articles from the internet and personal experiences from working in a clinic for diagnosis of BPSD patients with dementia. The results suggest that knowledge about the challenges of dementia strengthens patient dignity and integrity. Lack of expertise and knowledge puts patients and nurses at risk. Adequate knowledge is a personal and a organizational responsibility. The lack of sufficient personal and professional skills may produce unsatisfactory quality of care and violation against patient rights.

Søkeord: tvang, demens, opplevd tvang, kompetanse, utagerende atferd, verdighet.

Keywords: coercion, dementia, experienced coercion, competence, disruptive behavior, dignity.



■ Av **Terje Årsvoll Olsen**, biforfatter, høyskolelektor ved Høgskolen i Bergen



faglitteratur og forskningsbasert litteratur. I denne artikkelen har vi benyttet 14 artikler presentert i vitenskapelige tidsskrift.

Ifølge Dalland (1, s. 72) kan en litteraturstudie ha en kvalitativ og kvantitativ tilnærming.

For å belyse vår problemstilling har vi brukt forskning som er basert på kvalitativ metode. Å benytte kvalitative studier gjør oss i stand til å få dypere forståelse av et tema. Dette innebærer å ta utgangspunkt i undersøkelser, opplevelser og erfaringer som ikke lar seg tallfeste (1, s.114-115). Kvalitativ metode beskrives som egen forståelse av verden, ”fenomenet”, det vil si den andre. En av studiene vi har benyttet er en randomisert klinisk forskningsstudie, denne studien sammenlikner funn ut fra to grupper (1, s. 140). Validiteten til bruk av publikasjonen fra arbeidstilsynet, anser vi som pålitelig på bakgrunn av at hensikten er å veilede helsepersonell og ledelse for å ivareta den enkelte ansatte.

Utfordringen har vært å finne litteratur og forskning som omhandler opplevd tvang hos personer med demens. Vi har derfor benyttet forskning relatert til andre pasientgrupper i psykisk helsevern. For å hindre at en mulig kulturforskjell vil påvirke våre funn, er forskning og artikler fra sammenliknbare land. For sikre kvaliteten på våre artikler, har vi benyttet fagfellevurderte tidsskrifter. Videre har vi benyttet sjekklister fra Senter for kunnskapsbasert praksis, for å kvalitetssikre våre studier.

For å foreta en kvalitetsvurdering av valgt litteratur, har vi søkt i BIBSYS Ask og brukt pensumlitteratur. Vårt mål har vært å finne litteratur og forskning som omhandler hvordan pasienten og helsepersonell opplever tvang, og hvordan dette påvirker pasienter og pleiere. Utvalgelse av litteratur ble gjort på bakgrunn av våre hovedkriterier blant annet som: Nordisk/engelsk litteratur, utgivelsen av litteratur av relevans for pasientgruppen og problemformulering. Egne erfaringer fra alderspsykiatrisk avdeling blir brukt i oppgaven for å styrke eller bekrefte funn.

Etiske betraktninger

Vi har brukt egne erfaringer, men vi har ikke brukt pasienteksempler fra egen arbeidsplass eller andre

«Gjennom å vise respekt, empati og medfølelse styrker vi pasientens verdighet og integritet.»

steder vi har truffet pasienter. Derfor anser vi ikke at det etiske utfordringer knyttet til teksten om framstillingen av denne.

Teoretisk referanseramme

Krenkelse, integritet og verdighet

Selvstendighetstanken er sentral i vår kultur, og det

VERDIG PLEIE:

Det kan være nødvendig å bruke tvang for å gi demenssyke nødvendig pleie, men man kan gjøre det på en slik måte at det ikke går ut over pasientens verdighet. Illustrasjonsfoto: Scanpix/Microstock/Miriam Dörr.

enkelte menneskets egenverdi innebærer å kunne foreta egne valg. Spesielt er eldre innlagt i institusjoner mer utsatt for krenkelser av egen integritet, fordi denne gruppen er avhengig av hjelp fra helsepersonell. For å ivareta pasientens integritet har tid, kompetanse og holdninger stor betydning. For å se den enkelte pasient, må en respektere denne som en unik og enestående person med egne meninger, tanker og følelsesregister. Ved å vise oppriktig interesse for pasienten, viser vi respekt for den enkelte (2). Sykepleier må derfor ha kunnskap om hva det er som truer pasientens personlige integritet.

«Helsepersonell føler skam over å bli utsatt for vold.»

Aakre (3, s. 15) sier at verdighet blir beskrevet som en «subjektiv opplevelse av verdsetting, en bekreftelse av egenverd, respektfull anerkjennelse av hvem vi er og hensikten med våre liv». Betydningen av dette er respekten for enkeltmennesket.

Det overordnede verdigrunnlaget for all omsorg, er respekten for den enkelte pasient. I møte med pasient skal likeverdet stå sentralt. Likeverdet i seg selv har egenverdi.

Det kan være vanskelig å se mennesket bak den avvikende atferden i samhandling med pasienten, som kanskje ikke blir møtt med den verdighet og respekt man har krav på (4, s.195-196-198).

Verdighet er en kvalitetsindikator på pleien som blir gitt. Ved å styrke den enkeltes refleksjonskompetanse og etiske dømmekraft bidrar dette til å styrke verdigheten. En forutsetning er at det skapes et miljø der refleksjon om verdighet åpent kan diskuteres (4, s. 198). Evnen til å reflektere er en forutsetning for å fungere i samspill med andre,

både i form av korreksjon av negative følelser overfor pasient, og som et hjelpemiddel i det organisatoriske arbeidet (5, s. 11).

Menneskesynet er et av fundamentene i samvær med andre mennesker, og i vårt sosiale liv. Synet vi har på hverandre gjenspeiles i kulturelle verdier. Menneskeverdet er bekreftet

gjennom lover og i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, men menneskeverdet blir bare bekreftet gjennom handlinger og holdninger vi demonstrerer i samhandling med andre. Vår medmenneskelighet handler om ivaretagelse av pasientens integritet og verdighet (6, s. 25-26). Begrepet krenkelse kan knyttes til ulike forestillinger om det enkelte menneskes private territorium.

I januar 2009, tredde den nye lovteksten om pasient og brukerrettigheter, § 4a i pasient og brukerrettighetsloven av 7. februar 1999. Formålet med loven er å sikre nødvendig helsehjelp, forebygge ytterligere skade og begrense bruken av tvang. Paragraf 4a omhandler pasienter som ikke har samtykke, og motsetter seg nødvendig helsehjelp. Utgangspunktet for lover er at pasienten i størst mulig grad får den helsehjelpen de ville takket ja til om de evnet å samtykke til den (20). Kunnskap om § 4a bidrar til å ivareta den enkeltes livskvalitet og hindre strukturelle krenkelser.

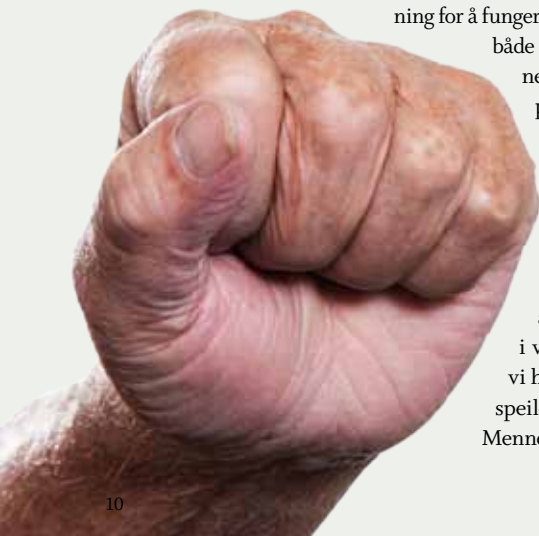
Krenkelsen av menneskeverdet er først og fremst noe som påfører den krenkede lidelse. Men selve det fenomen at krenkelser finner sted er også en krenkelse av menneskeverdet i seg selv. Gjerningspersoner krenker også sitt eget menneskeverd ved ikke å respektere andre ... (7, s. 22).

Mennesker som er rammet av en demenssykdom er i en spesiell sårbar situasjon, på grunn av pasientens tap av autonomi, slik vi forstår det. Faren for krenkelser kan oppleves større for pasienter som er tvangsinnlagt. Vi må derfor ha et reflektert syn på hva som kan oppleves krenkende for pasienten.

Holdninger

Holdningene våre beskrives som måten vi forholder oss til ulike situasjoner. Refleksjon og evaluering av holdninger bidrar til å danne ny forståelse. Den nye kunnskapen kan endre følelsene i positiv retning vis-à-vis personer med demens og som har APDS (8, s.164-165). Våre holdninger blir i stor grad påvirket av forhold ved situasjoner vi befinner oss i og som påvirker handlingene våre. Egne verdier kan ofte bli underordnet. (9, s. 227).

For å opprettholde og styrke pasientens integritet og verdighet er det viktig at helsepersonell deltar i prosesser rundt pasienter, og på denne måten bidra til at personalet oppnår en mer positiv holdning til pasienten, som bidrar til problemløsning rundt pasientens atferd. En positiv prosess rundt pasienten bidrar også til å styrke avdelingens psykososiale miljø. Positive følelser skaper også større forpliktelse og bidrar til styrket empati vis-à-vis pasienten (10, s.144-149). Innlevelse i pasientsituasjoner innebærer evne til å ta i bruk vår



kunnskap om mennesket bak sykdommen og atferden. Å gi god sykepleie handler om å kjenne pasientens identitet. Kunnskap om individuelle behov, tidligere liv og interesser, til tross for en alvorlig demenssykdom, styrker relasjonen til pasienten. Dette betyr å kunne ivareta pasientens verdighet og integritet (11).

Kompetanse

Studien «The effect of staff training on agitation and use of restraint in nursing home residents with dementia» av Testad et. al. (12), diskuterer hvorvidt øket kompetanse og veiledning kan redusere aggressiv atferd i sykehjem. Studien konkluderte med at et 2 dagers kurs med månedlige veiledninger reduserte frekvensen av episoder med aggresjon. Det interessante med denne studien er at den så tydelig viser at selv et 2 dagers kurs og månedlige veiledninger, resulterte i mindre aggresjon hos pasientene. Det er grunn til å være kritisk til at studien ikke sier hvem som var på kurs.

Rognstad og Nåden har i sin studie «Utfordringer og kompetanse i dementomsorgen – I pleiers perspektiv» (13), undersøkt personalets behov for kompetanse i samhandling med personer med demens. Studien beskriver viktige elementer som kan bidra til å ivareta pasientens integritet og verdighet. Ett av de tre spørsmålene fra studien var: «Hva etterlyser personalet av spesiell kompetanse i arbeidet med pasientgruppen for å ivareta egen trygghet?» Resultatet var entydig; informantene etter spurte kompetanseheving og praktisk mestring for å kunne ivareta pasienten.

Kompetansen er en kontinuerlig endringsprosess. Det betyr blant annet at man må stille spørsmål ved eget så vel som andres arbeid. Slike faktorer fremmer den faglige kompetansen.

For å lykkes med å gi den enkelte pasient personrettet omsorg, kreves samhandlingskompetanse. Dette betyr i hovedsak at de tiltak som iverksettes skal være konkrete og forpliktende for alle som arbeider med pasienten. Bare på denne måten kan det skapes trygge rammer rundt pasienten (14, s. 73). Helsevesenet er i stadig endringsprosess. Dette innebærer at vi som sykepleiere har plikt til å sette oss inn i gjeldende lover og forskrifter; blant annet Pasient- og brukerrettighetsloven § 4a, som omhandler pasienter uten samtykkekompetanse og som motsetter seg nødvendig helsehjelp. Formålet med bestemmelsene er å sikre pasienter nødvendig helsehjelp, forebygge helseskade og begrense bruk av tvang (15). Kunnskap om nevnte lover forebygger krenkelser mot personer med demens og som på grunn av demenssykdom er i en svært sårbar situasjon.

Organisatorisk ansvar

God ledelse er sentralt for å sikre faglig kvalitet. Pasienten er overordnet all ledelse i helsetjenesten. Leders ansvar er å organisere og delegere arbeidet. Hovedansvaret for en leder er å sikre at alt arbeid utføres på faglig forsvarlig måte i avdelingen. Leder har også personalansvar, ansvar for arbeidsmiljø og evne til å gjennomføre ulike endringsprosesser (16). Alle ledere har som hovedmål å utvikle ferdigheter hos sine medarbeidere. Dette gir den enkelte muligheter for faglig vekst og utvikling. (15, s. 301).

I Arbeidsmiljøloven, kapittel, 4, § 4-2, (17) blir det slått fast at arbeidstakerne skal være deltakende i de ulike prosessene som skjer i avdelingen. Arbeidsgiver plikter å legge til rette for at den enkelte arbeidstaker skal ha mulighet for kompetanseutvikling. I tillegg til dette skal den enkelte ha innflytelse over, og ansvar for, eget arbeid. Varierte arbeidsoppgaver og kunnskap som bidrar til at arbeidstaker ser sammenhengen i det arbeidet som utføres (17).

Ifølge Arbeidstilsynet skal arbeidsgiver så langt det la seg gjøre, bidra til et godt psykososialt arbeidsmiljø. Uten dette blir pasientene skadelidende (18).

Det psykososiale miljøet handler om gruppesamspill der den enkeltes verdighet og integritet skal ivaretas. Det er individuelt hva som oppfattes som et godt psykososialt arbeidsmiljø, og varierer fra arbeidssted til arbeidssted (19).

For å få et godt fungerende psykososialt arbeidsmiljø har arbeidsgiver plikt til å beskytte den enkelte arbeidstaker mot belastninger. Ifølge arbeidstilsynet er det en klar sammenheng mellom psykososialt arbeidsmiljø og tilfeller av vold rettet mot arbeidstaker. Både trivsel og stressnivå påvirker samhandlingen med pasientene (18).

Å leve med demens

Å leve med en demensdiagnose kan forårsake tristhet, sinne og hjelpeløshet. Dette fører til store endringer både for pasienten og de pårørende (20) Wogn – Henriksen (21, s.107-145) viser i sin doktoravhandling at å leve med demens bærer preg av mestrings- tap og tap av verdighet og selvspekt, hvilket også er

SINT: Demenspasienter med atferdsforstyrrelse kan være sinte og utagerende. Å arbeide med slike mennesker krever kunnskap. Illustrasjonsfoto: Scanpix/Microstock/damato.



sentrale elementer i diagnosen. I studien viser det seg at personene allerede på et tidlig tidspunkt viser forståelse for sin diagnose. Det kommer også frem at erfaringene med sykdomsforløpet er variable og noen gir inntrykk over fortsatt å kunne glede seg over hverdagen. Sykdomsbildet ved demens er ofte preget av en endring i psykiske og atferdsmessige forhold og symptomene kan i noen tilfeller observeres tidlig i forløpet, men det er vanlig at symptomene dominerer ved moderat demens, men kan forekomme ved alle typer demens. De atferdsmessige og psykiske symptomene blir i faglitteratur forkortet til APSD. APSD beskrives som fysisk ikke-aggressiv atferd, som medfører at pasienten vandrer, er rastløs og har økt motorisk aktivitet. Verbal ikke-aggressiv atferd hos pasienter oppleves som negativt og kan oppleves krevende for helsepersonellet. Pasienter som roper, har sinneutbrudd eller utøver verbale trusler blir omtalt som verbal aggressiv atferd.



Fysisk aggressivitet og irritabilitet sees også hos denne pasientgruppen og innebærer for eksempel slag, spark og kloring (20, s. 313).

Tvang og makt

Johannessen, Molven og Roalkvam (6, s. 316) skriver at tvang er et vidt begrep og representerer maktutøvelse. Begrepet autonomi står helt sentralt. I samhandling med andre personer blir tvang beskrevet som bruk av bevegelsehindrende tiltak; å holde pasienten fysisk ved undersøkelse, behandling og i forbindelse med omsorgs-tiltak, samt overvåkning ved elektroniske hjelpemidler (22, s. 41). Inngående kunnskap om Pasient og brukerrettighetsloven § 4 a, kan både bidra til ivaretagelse av pasienten, og til etisk refleksjon om hva tvang er og hvilke konsekvenser tvang kan medføre (15).

Vi har ikke funnet relevant litteratur som beskriver opplevd tvang hos mennesker med demens. Vi støtter oss derfor til litteratur fra psykisk helsearbeid.

Tvangsbruk i psykisk helsearbeid er gjennom lovgivning regulert av strenge krav til utførelse (23). Begrepet har mange dimensjoner. Forskningsfeltet og litteraturen skiller mellom formell, opplevd og konkret tvang. Den formelle tvangen er lovregulert og er hendelser og handlinger som krever lovmessig vedtak. Den opplevde tvangen er pasientens egne oppfatninger av tvangsvedtak. Konkret tvang beskrives som handlingen som utøves mot pasienten og beskriver pasientens subjektive opplevelse av handlingen. Dette innebærer at pasienter i psykisk helsevern får sine handlingsmuligheter og valg redusert (24).

Både i forskning og annen litteratur dokumenteres det at pasientene har negative så vel som positive opplevelser ved bruk av tvang. De positive erfaringene dreier seg først og fremst om å ha blitt tatt hånd om i akutte tilfeller og gitt nødvendig behandling. De negative sidene gir seg utslag som krenkelse, tap av autonomi, tap av verdighet, skam og avmakt (24). Pasienten opplever seg ikke som helt menneske, men som syk person eller diagnose. Mange opplever dette krenkende, og føler seg mindreverdige (25, s.201-121). Gjennom å vise respekt, empati og medfølelse styrker vi pasientens verdighet og integritet.

Drøfting

Hvordan kan sykepleiere styrke pasientens integritet og verdighet når tvang er unngåelig?

SAMTALE: Det er viktig å ha rom for etisk refleksjon mellom kolleger i avdelinger hvor personalet må bruke tvang mot pasienter. Illustrasjonsfoto: Scanpix/Microstock/dalapro.

Vi har valgt å ta med oss både presentert og ny litteratur samtidig som vi drøfter opp mot erfaringer fra hverdagen.

Å møte pasienter med verdighet og respekt når tvang er uunngåelig, handler om å gi trygghet og tilpasset omsorg i situasjonen. Gjennom drøftingen ønsker vi å belyse betydningen av kompetanse i møte med personer med demens, som lider av APSD. I tillegg belyser vi hva som kan påvirke våre holdninger og handlinger i møte med denne pasientgruppen.

Mennesket bak diagnosen og atferden

Individuell sykepleie innebærer blant annet å ta utgangspunkt i pasientens livshistorie og verdier (4, s. 196). Faglig forsvarlighet som vi er forpliktet til gjennom helsepersonelloven, handler bl.a. om å innhente kunnskap om pasienten, som kan bidra til vekst og endring av atferd (4, s. 196). Slik forkunnskap bidrar til forståelsen av pasienten som person, rammet av en demenssykdom heller enn en dement med APSD. Bevissthet rundt omtalen av pasientgruppen bidrar til å ivareta pasientens integritet og verdighet. Dessverre hender det likevel at ord lett kan bli bare ord og ikke alltid gjenspeilt i handling. Ord kan ha alvorlige konsekvenser for pasienten dersom han omtales som aggressiv heller enn som en person som tidvis kan vise en utfordrende atferd. Negative holdninger kan spre seg til personalgruppen og bidra til at en mister mennesket av syne og bare ser problemene.

Økt kompetanse og veiledning

Kompetanse er et viktig satsingsområde for å lære å møte pasienter som viser en utfordrende atferd. Kompetanse kan knyttes til holdninger, klinisk kunnskap og praktiske ferdigheter (Bastøe og Dahl, 1995) referert i Tveiten (26, s. 39). Denne kunnskapen brukes i møte med pasienten, der sykepleieren gjennom anvendt situasjonsforståelse forstår hvordan pasienten har det (26, s. 39). Holtskog (27, s. 67-68) diskuterer hva som kan forebygges og eventuelt begrense bruken av tvang mot pasienter innlagt i regionale sikkerhetsavdelinger. Funnene dokumenter tydelig at dette krever høy kompetanse innad i personalgruppen. Kompetanse framheves som særskilt viktig i situasjoner der pasienten også er aggressiv. Kompetanse til å tolke signaler krever ofte lang erfaring (27, s. 67-68).

Når pasienten er aggressiv over tid påvirker og utfordrer dette arbeidsmiljøet negativt. Sykepleiere

kan oppleve belastende fysiske og psykiske symptomer (28, s. 134). Fokuset på kompetanseheving bidrar til å forhindre at personalet opplever å bli krenket i samhandling med pasienter.

«Et positivt menneskesyn danner grunnlag for samhandling med pasienter.»

Forforståelse er selve kjernen i forebyggingen (29, s. 84- 94); uten denne kan vi ikke hjelpe pasienten. Personlige egenskaper framheves som et sentralt element under ansettelse og opplæring. Viser vi ikke interesse for arbeidet med denne pasientgruppen, stiller dette spørsmålsteget ved vår evne til å gi god omsorg. Imidlertid kan det være mange faktorer som påvirker at man ikke klarer å ivareta pasienten. I perioder med stort arbeidspress, erfarer vi at evnen til å holde fokus og yte god omsorg avtar. Sykepleier har et klart ansvar som leder til å beskytte pasienten mot negative holdninger og å sikre god omsorg. Om sykepleier våger å være tydelig og vise mot, kan dette bidra til at pasientens verdighet blir ivaretatt og negativitet hindres i å utvikle seg. På den andre siden mener vi at det er et leders ansvar å ta helsepersonell på alvor og fange opp signaler helsepersonellet sender ut. For å oppnå godt arbeidsmiljø og ivareta pasienten, mener vi det er viktig at leder tydeliggjør den enkeltes ansvar for å ivareta pasienten – også i krevende situasjoner.

Krokstad (30) skriver i sin studie om arbeidsprosesser at det er utfordrende å få til et godt tverrfaglig arbeidsmiljø om arbeidspresset er stort, noe som kan resultere i at læringsmiljøet svekkes. Våre egne erfaringer bekrefter funn fra studien. Vi ser at beslutninger rundt vår egen situasjon og pasient-situasjoner blir svekket når vi som sykepleiere, på grunn av for stort arbeidspress, ikke er deltakende i beslutningsprosesser rundt pasienten.

Krokstad (31) sier at et godt samarbeidsklima bidrar til å styrke pasientens integritet og verdighet. Deltakelse på tverrfaglige samarbeidsmøter om pasienten, kompetanseheving, veiledning og muligheter for containing styrker samhandling (10, s.146-147).

Rita Jacobsen et. al. (32) har i sin studie «Å stå utenfor i endringsprosesser på egen arbeidsplass», sett nærmere på ansattes erfaringer med å

ikke være involvert i endringsprosesser i ansvarsforholdene rundt pasientene på eget arbeidssted. Resultatene viser at manglende deltakelse påvirker miljøet, og personalet opplever sviktende tillit. Funn viser at et godt tverrfaglig samarbeid styrker pasientsikkerheten. Manglende deltakelse i endringsprosessene påvirker miljøet i negativ retning når ikke alle involverte helsearbeidere deltar i beslutningsprosessene omkring pasientene.

Ansatte innen PU som er deltakende i beslutningsprosessene rundt brukerne, opplever jobbtilfredshet til tross for vold, trusler og utagering (33, s. 88). Det interessante i disse funnene er at til tross for opplevd aggresjon oppleves jobbtilfredshet. Dette stryker tidligere nevnte studier om at deltakelse bidrar til økt motivasjon og utholdenhet og styrker samhandlingen med pasienten (32).

«Godt tverrfaglig samarbeid styrker pasientsikkerheten.»

Helsepersonell blir ifølge en rapport fra arbeidstilsynet utsatt for fysiske belastninger som vold og krenkelsers hver eneste måned i samhandling med personer med demens (18). I rapporten framkommer det at helsepersonell føler skam over å bli utsatt for vold, men møter ofte liten forståelse fordi volden er forventet. Det framkommer også at voldsepisoder blir underrapportert på grunn av skamfølelse. Ifølge Vatne (4, s.181-183) kommer dette trolig av at helsepersonell ikke innrømmer at de samhandler dårlig med pasienten. Ommedal og Undersøkelse av hvordan fengselsansatte opplever vold og trusler fra innsatte (34, s. 57-60) bekrefter funn hos Vatne (4). Redsel for å vise svakhet og liten forståelse fra ledelse og kollegaer ble oppgitt som grunn.

Ifølge arbeidstilsynets rapport bidrar store kvantitative krav og mangel på kunnskap til et uforutsigbart arbeidsmiljø der personalet føler utrygghet (18). For sykepleiere er kunnskap om å tolke signaler for å hindre uønskete episoder en forutsetning for å arbeide med personer med demens som er tvangsinnlagt (35).

Holtskog (27, s. 55) viser til at belastninger hos personalet over tid vil føre til komplikasjoner i relasjonene til pasientene. Samtidig oppgir flere at de føler frykt og angst i forhold til pasienten. Helsepersonell har vansker med å forholde seg til pasienter som kan ha gjentatte aggressive episoder (10, s.116-118). Resultatet blir at helsepersonell får

avfattede handlinger og holdninger til pasienten. Vatne (4, s.182-183) bekrefter at kunnskap kan forebygge episoder med utfordrende atferd og kan bidra til å skape gode miljøtiltak. Hovednøkkelen for å forebygge APSD er kvalifisert og interessert personell med god helsefaglig bakgrunn.

Grunnlaget for et positivt menneskesyn

Et positivt menneskesyn danner grunnlag for samhandling med pasienter. Disse holdningene viser seg i møte med den enkelte, og våre holdninger vises i hvordan vi utfører vårt yrke (36). Ansattes evne til å reflektere over holdninger til pasienter med utfordrende atferd er av stor betydning, for å skape gode relasjoner (37). For å kunne møte pasienten med respekt og verdighet er det avgjørende å finne meningen bak atferden. Vår holdning styrer vår atferd (38, s. 28). I situasjoner der tvang og utfordrende atferd oppleves å være vanskelig kommer vi som sykepleiere i sårbare situasjoner der våre etiske og moralske atferd noen ganger ikke samsvarer med vårt menneskesyn og muligens også påvirker vår evne til empati. Vi ser og opplever at respekten for pasienten og våre holdninger endrer seg i utfordrende situasjoner, spesielt når vi opplever frykt og redsel.

Kampen om pasientens beste

Sykepleiere i psykisk helsevern møter utfordringer som krever utøvelse av tvang med det formål å ivareta pasientens helse. Skillet mellom maktutøvelse og omsorg skaper mange vanskelige dilemmaer for sykepleiere.

Faglitteraturen dokumenterer at bruk av tvang overfor personer med demens er et kompleks med mange dimensjoner. Spørsmål og refleksjon over utførelse av tvangstiltak skal bidra til at etiske prinsipper om velgjørenhet, om ikke å skade pasienten og gjennomføring av tvangstiltaket skjer med rettferdighet og respekt for pasienten. Etikken danner grunnlag for at pasientens verdighet og integritet blir ivaretatt (6, s. 129-130). Etisk refleksjon rundt mild og sterk paternalisme er viktig når tvang er uunngåelig og pasienten er fratatt sin autonomi. Paternalisme kan utøves av velgjørenhet og utføres med respekt og verdighet. Utførelse av uunngåelig tvang, og måten den gjennomføres på, er avgjørende for hvordan pasienten opplever den.

Uunngåelig tvangsbruk krever at vi som sykepleiere har solid fagkunnskap og tilstrekkelig vurderingsevne til å ivareta pasientens integritet



og verdighet. I midlertid er det en balansegang mellom sterk og mild paternalisme og pasientens autonomi. For å ivareta pasientens respekt og verdighet, mener vi at faglig oppdatering vil styrke vissheten om at tvang er en form for maktbruk som kan gjøre personen bak diagnosen usynlig.

Forståelsen av hvordan pasienten opplever tvang, er et sentralt element i samhandling med personer med demens, og bør ha større grad av fokus. Å forstå hvordan tvang oppleves vil også øke kunnskapen om tvang som psykisk eller fysisk makt over et annet menneske. Pasientene i studien «Om brukererfaringer i forbindelse med tvang «formidler opplevelser av ydmykelse, krenkelser, traumer og mangel på tillit blant personalet (39, s. 39).

I situasjoner der tvang er unngåelig, blir empati og situasjonsforståelse et sentralt element i forhold til å ivareta pasientens verdighet og respekt når tvang utøves. Vi som sykepleiere må evne å kunne sette oss inn i hvordan det oppleves og ikke ha forståelse for situasjonen. For eksempel å bli holdt av tre pleiere under morgenstell. Om vi ikke er kritisk til egne handlinger er faren til stede for at krenkelser kan oppstå.

Sykepleiere og annet helsepersonell kan komme

til å overse mennesket bak sykdommen og fokusere på atferden og handlingene sykdommen medfører. Dette innebærer at vi som sykepleiere må bevisstgjøres våre handlinger og reaksjoner på pasienten, for kunne være i stand til å møte pasienten som "helt" menneske. For å ivareta pasientens verdighet og integritet blir pasientens opplevelser av tvang viktig kunnskap å ta med under samhandling. Evnen til å forstå verden fra pasientens side og den sårbare situasjon han befinner seg i, gjør oss i stand til å tilby å utføre den pleie og omsorg pasienten har krav på. Pasienter med APSD ofte blir beskrevet som et «problem» heller enn en person som har et problem. Konsekvensen blir ofte at pasienten ikke blir behandlet med den respekt personen har krav på. Noen pasienter kan også oppleve tvang som beskyttende og som en nødvendighet, dette begrunnes ofte ut fra den situasjon den enkelte befinner seg i (25, s. 14).

Hvordan vi utøver makten kommer til syne i samhandling med pasienten, og kan ha betydning for pasientens erfaringer. Samtidig som pasienten opplever makten som urimelig, er den i gitte situasjoner nødvendig av helsemessige årsaker. Å være pasientens talsmann når pasienten ikke selv er i stand til å fremme egne synspunkter, krever at vi

GODSAMHANDLING: Respekt for individet, medmenneskelighet og empati er grunnlaget for god samhandling med pasienten, i tillegg til sykepleierens kunnskap. Illustrasjonsfoto: Scanpix/Microstock/aleph-null.

som sykepleiere bruker vår makt til å oppnå de best mulige resultater for pasienten (40, s.210- 211).

Garden og Hauge (41, s. 18-22) har i sin studie « Kampen for pasientens beste – sykepleierens opplevelser av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens», sett nærmere på hvordan sykepleiere opplever å delta i bruk av tvang overfor personer med demens. Studien viser at sykepleiere har ulik oppfatning om bruken av tvang. Studien konkluderer med usikkerhet om hva som er pasientens beste. Informantene formidler opplevelser som likner overgrep i situasjoner der tvang benyttes. Studien framhever og bekrefter vårt syn på hvor viktig refleksjon og kunnskap er i samhandling med denne pasientgruppen.

Kommunikasjon skaper samhandling

Gjennom vår egen arbeidserfaring i demensomsorgen erfarer vi hvor avgjørende kommunikasjon er for samspillet mellom sykepleier og pasient. Det å kommunisere med personer som har en demensdiagnose byr ofte på utfordringer. For sykepleiere er det viktig å ha en forståelse for at APDS alltid har en årsak, som innebærer at det ikke bare er en utfordring for personalet men også for pasienten

Rokstad (10, s. 82) mener også at kommunikasjon er et viktig element for å danne en god relasjon ved at sykepleier bruke seg selv terapeutisk, noe som innebærer at sykepleier er seg bevisst sin egen kommunikasjon og hvordan den kan påvirke pasienten.

Ifølge Jootun og McGhees (42, s. 41) artikkel «Effective communication with people who have dementia», er kommunikasjon et sentralt element i demensomsorgen. Resultatene viser at dårlig kommunikasjon påvirker omsorgskvaliteten og kan dessuten medføre at pasienten får en økende uro. Aragyle (1988) referert i Jootun og McGhee (42) dokumenterer at bare 7 % av all kommunikasjon er verbal, som bekrefter hvor betydningen av den

«Om vi ikke er kritiske til egne handlinger, er faren til stede for at krenkelser kan oppstå.»

nonverbale kommunikasjonen i samhandlingen. Gjennom erfaring i vårt arbeid med personer med demens ser vi at kommunikasjon er grunnlaget for relasjon og samhandling, og at mangel på kommunikasjon kan utløse APDS.

Vår indre kompetanse

God sykepleie krever god breddekunnskap. Kunnskap om psykologiske aspekter ved sykdom; som pasienters forsvarsmekanismer, ulike drivkrefter, ambivalens og nonverbal kommunikasjon, er viktige elementer i relasjonsbygging med pasienter. Josefson (1988) referert i Holm (44, s. 39) kaller dette fortrolighetskunnskap. Respekt for individet, medmenneskelighet, evne til empati og personlige egenskaper danner grunnlaget for god samhandling. Gjennom kompetanse skapes indre trygghet. Denne tryggheten setter oss i stand til å ivareta pasienten i krevende situasjoner og til å ivareta pasientens integritet og verdighet.

Organisatorisk ansvar

Ifølge Arbeidstilsynet skal arbeidsgiver så langt det lar seg gjøre bidra til et godt psykososialt arbeidsmiljø. Uten dette blir pasientene skadelidende (18). For å få dette til har arbeidsgiver plikt til å beskytte den enkelte arbeidstaker mot belastninger. For oss blir spørsmålet hvem det er som skal ivaretas? Vår forståelse og erfaring er at sykepleiere ofte står i etiske dilemmaer om hva som er pasientens beste eller hensynet til kollegaer.

Samtidig har vi har plikt til å ivareta pasienten. Om vi ikke handler, krenker vi pasientens integritet. På en annen side står lojalitet ovenfor kollegaer og vedtak ledelsen fatter. Står vi i ovenfor en lojalitetskonflikt? Vår lojalitet ovenfor kollegaer og ledelse kan være med på å skape et negativt arbeidsmiljø når belastningene blir for store. God ledelse er dermed avgjørende og viktig for et godt psykososialt arbeidsmiljø.

Vi som sykepleiere har plikt til å sette oss inn i lover og forskrifter og holde oss faglig oppdatert. Samtidig har arbeidsgiver plikt til å legge til rette for kompetanseutvikling, faglige diskusjoner og refleksjoner. Erfaringene våre tilsier at arbeidsgiver ikke alltid er like flink til å beskytte den enkelte arbeidstaker mot unødige belastninger, som ofte oppstår på grunn av manglende kompetanse. Helger, høytidsdager og feriedager er ofte perioder hvor personalet opplever utfordrende atferd. Vår pedagogiske funksjon som sykepleiere tilsier at vi har plikt til å heve det faglige kompetansenivået hos kollegaer. Dette fratar imidlertid ikke arbeidsgiver fra plikten til å drive grunnleggende opplæring om demens og utfordrende atferd for nyansatte.

Rognstad og Näden (14, s. 149) viser at helger og ferier er sårbare perioder på grunn av manglende kompetanse. Undersøkelsen viste at til tross for usikkerhet og mangel på kompetanse gikk personalet inn i krevende og uforutsigbare situasjoner, utfordret på helsepersonellens etiske og moralske forpliktelse til å

hjelp. Å fremme disse utfordringene er et lederansvar. Vårt syn er at sykepleiere må være seg bevisst sitt ansvar for å overføre kunnskap, og å legge til rette for etisk refleksjon som en positiv faktor i avdelingskulturen, samtidig som de er kritisk og reflektert over egne handlinger.

Avslutning

For at sykepleiere kan styrke pasientens integritet og verdighet når tvang er unngåelig er det viktig å anerkjenne at demenssykdom handler om enkeltskjebner. Kvaliteten på omsorgen vi gir er synlig i samhandling med pasienter, og omsorgen gjenspeiles i hvordan vi møter pasienten med respekt og verdighet uavhengig av situasjon. Funn viser at god faglig kompetanse kan omsettes til god samhandling. Denne kompetansen bygger på solid kunnskap om demenssykdommer, hva som forårsaker og hvordan forebygge utfordrende atferd. Studier viser at bevissthet rundt egne holdninger og verdier henger sammen med kompetanse. Å arbeide med personer med demens er utfordrende og studier viser at helsepersonell er mer utsatt for vold og krenkelser enn andre yrkesgrupper. For å styrke pasientomsorgen peker en av studiene på behovet for godt tverrprofesjonelt samarbeid og god ledelse. Når helsepersonell har tilstrekkelig kunnskap og opplever



at de er deltakende i arbeidsprosessene rundt pasienten styrker dette samhandlingen.

Enhver situasjon der tvang benyttes, innebærer fare for krenkelse. Dette krever solid kunnskap om demens og utfordrende atferd, og om lovverket, men også ha refleksjon over egne holdninger og handlinger i møte med personer med demens. ■

Referanser:

1. Dalland, O. Metode og oppgaveskriving. 5. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2012.
2. Kirkevold, M. Den gamle integritet. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. red. Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2010a. s. 91–99.
3. Akre, M. Verdighet i praksis. Fagtidsskriftet HMT. [elektronisk artikkel]. 2011 Sep [hentet 2013-04-03]; 4: [68]. Tilgjengelig fra: http://micr.kib.ki.se/Default.aspx?queryparsed=dignity&query=dignity%20&start=10&searchform=simple&prevDok_ID=122337&Dok_ID=122042&pos=1&rows=10&nextDok_ID=12
4. Vatne, S. Korrigere og anerkjenne. Relasjonenes betydning i miljøterapi. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S; 2006. 216 s.
5. Eide, S. B., Grelleland, H. H., Kristiansen, A., Sævaareid, H. I. & Aasland, D. G. Fordi vi er mennesker. En bok om samarbeidsetikk. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke A/S; 2003. 166 s.
6. Johannessen, K. I., Molven, O. & Roalkvam, S. God rett rettferdig. Etikk for sykepleiere. Oslo: Akribe AS; 2007. 364 s.
7. Arbeidsdepartementet. Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmede barrierer. Oslo: Arbeidsdepartementet; 2001. OU 2001: 22.
8. Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. red. Grunnleggende sykepleie. Bind 1 og 4. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S; 2005. 395 s.
9. Håkonsen, K. M. Innføring i psykologi. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2003. 456 s.
10. Rokstad, A. M. Kommunikasjon på kollisjonskurs. Når atferd blir vanskelig å mestre. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse; 2005. 190 s.
11. Kirkevold, M. Individuell sykepleie. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. red. Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2010 b. s.100–112.
12. Orvik, A. Organisasjonell kompetanse i sykepleie og helsefaglig samarbeid. Oslo: Cappelen Forlag A/S; 2004. 400 s.
13. Testad, I., Ballard, C., Brønning, K. & Aasland, D. The effect of training on agitation and use of restraint in nursing home residents with dementia: a single-blind, randomized controlled trial. 2009.71 (1), s. 80–86. 2009.
14. Rogstad, M. K., & Nåden, D. Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen: Pleiers perspektiv [elektronisk artikkel] 2011 [hentet 2013-04-07] 02 s.144-149. Tilgjengelig fra: https://itportalen.hib.no/file/ci/49090224/Danainfo=www.idunn.no+nsf_2011_02_pdf.pdf
15. Pasient- og brukerrettighetsloven. 1999. Lov pasient- og brukerrettigheter av 2.juli 1999 nr. 63. Endringslov til pasient og brukerrettighetsloven.(2012) Lov om endringer i lov 7.1999 nr 63 om pasient- og brukerrettigheter m.v. av 14. desember 2012 nr. 63.
16. Helse og omsorgsdepartementet. Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus. Oslo, Helse og omsorgsdepartementet; 1997. NOU 1997:2.
17. Arbeidsmiljøloven. 2005. Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. av 17. juni 2005. nr. 62.
18. Arbeidstilsynet [Internett]. Oslo: Direktoratet for arbeidstilsynet; [2013-04-01] Tilgjengelig fra: <http://www.arbeidstilsynet.no>
19. Norges teknisk – naturvitenskapelige Universitet. [Internett] Trondheim: 2013 [hentet 2013-04-22]. Tilgjengelig fra: <http://www.ntnu.no/adm/hms/miljo/psykososiale>
20. Engedal, K. & Haugen, P. K. Lærebok demens, fakta og utfordringer. 4. utg.

Tønberg, Aldring og Helse; 2006. 424 s. Forfatter AA. Tittel [masteroppgave]. Sted: Institusjon; Årstell. Antall sider.

21. Wogn – Henriksen, K. Du må ... skape deg et liv": en kvalitativ studie om å oppleve å leve med demens basert på intervjuer med en gruppe personer med tidlig debuterende Alzheimers sykdom. [masteroppgave]. Trondheim: NTNU; 2012. 327 s.

22. Engedal, K., Kirkevold, Ø., Eek, A. & Nygård, A.M. Makt og avmakt. [Internett], SEM, Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens; 2002 [2013-03-23] Tilgjengelig fra: <http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=2054>

23. Helsedirektoratet [Internett]. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet; 2011 [hentet 2013-05-02]. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykisk-helsevernloven-og-psykisk-helsevernforskriften/Sider/default.aspx>

24. Helse og omsorgsdepartementet. Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet. Balansgang mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern. Oslo, Helse og omsorgsdepartementet; 2011. NOU 2011:9.

25. Norvoll, R. & Husum, L., T. Som dag og natt? – Om forskjeller i forståelse mellom misfornøyde brukere og ansatte om bruk av tvang [Internett]. Oslo: Arbeidsforsknings- instituttet; 2011 [2013-04-07]. Tilgjengelig fra: http://www.afi-wri.no/modules/module_123/proxy.asp?l=5700&C=l&D=2&mids=

26. Tveiten, S. Pedagogikk i sykepleiepraksis. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS; 2008. 294 s.

27. Holtskog, T. E. Når erfarne psykiatriske sykepleiere håndterer høy voldsrisiko. [masteroppgave]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2011. 102s.

28. Gotfredsen, K. Forebyggelse av aggressiv adferd – hos ældre i plejebolig. København: Munksgaard; 2009. 152 s.

29. Lillevik, O.G. & Øien, L. Kvaliteter hos hjelperen som bidrar til å forebygge trusler og vold fra klienter [elektronisk artikkel] 2010 [hentet 2013-05-02] 6(2) s. 84-94. Tilgjengelig fra: <https://itportalen.hib.no/index.php/helseforsk/article/view/DanalInfo=septentrio.uit.no+191>

30. Krogstad, U. System-continuity in hospitals – A cultural matter. [Internett], Oslo: Kunnskapssenteret; 2005 [hentet 2013-04-20]. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/Nyheter/Bedre+pasientsikkerhet++sykehus+s+gjennom+felles+arbeidskultur.3938.cms>

31. Krogstad, U. Jobbtilfredshet kan variere med arbeidskultur i sykehus [Internett], Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenester. 2006-04-05 [hentet 2013-05-07] Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/Nyheter/Jobbtilfredshet+kan+varierte+med+arbeidskultur++sykehus.965.cms>

32. Jacobsen, R., Sørli, V., Guttormsen, T. & Finnstad, H. Å stå utenfor i endringsprosesser på egen arbeidsplass. [Internett] Vård i Norden 2010 [hentet 2013-05-07] Tilgjengelig fra: <https://itportalen.hib.no/DanalInfo=svedmedplus.kib.ki.se+default.aspx>

33. Elvegård, K. I. Håndtering av utagering – ansattes oppfatning og opplevelse [masteroppgave]. Trondheim: NTNU; 2009. 127 s.

34. Ommedal, S. & Wadseth, J.P. Arbeidsmiljø i et toppsikret fengsel – konfrontasjoner, utbrenthet og mestring [masteroppgave]. Bergen: Universitetet i Bergen; 2001. 60 s.

35. Berentsen, D.V. Kognitiv svikt og demens. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. red. Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2010. s. 350–382.

36. Odland, B. & Thorshaug, S. Forebygging av APSD i en forsterket sykehjemsvdeling [elektronisk artikkel]. 2009 [hentet 2013-04-27]; 3 (2), s.7-10. Tilgjengelig fra: <https://itportalen.hib.no/DanalInfo=www.aldringoghelse.no+ViewFile.aspx?itemID=1897>

37. Skovdahl, K., Kihlgren, A.L. & Kihlgren, M. Different attitudes when handling aggressive behaviour in dementia – narratives from two caregiver groups [elektronisk artikkel]. 2003 [hentet 2013-05-07] 7(4), s.277-286. Tilgjengelig fra: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=3&sid=fa3a5478-b17b-4e86-a45d-834907ce6a6b%40sessionmgr11&hid=28&bdata=jnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2004095089>

38. Natvig, R. S. Sykepleie – Etikkk. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2000. 383 s.

39. Hammervold, U. Brukererfaringer knyttet til anvendelse av tvang i psykisk helsevern. [masteroppgave]. Stavanger: Universitetet i Stavanger; 2009. 62 s.

40. Slettebø, Å. Etikkk for helsefagene. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2006. 220 s.

41. Garden, M.H. & Haugen, S. Kampen for pasientens beste – sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens [elektronisk artikkel]. 2012 [hentet 2013-04-27] 33 (1), s. 18-22. Tilgjengelig fra: <https://teora.hit.no/handle/2282/1287>

42. Jootun, D. & McGhee, G. Effective communication with people who have dementia [elektronisk artikkel]. 2011 [hentet 2013-05-02] 1 (25), s. 40-46. Tilgjengelig fra: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=3&sid=37f89dba-adc3-48fb-b2bb-e3f3c24a9f3f%40sessionmgr198&hid=113&bdata=jnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2010964795>

43. Eide, H. & Eide, T. Kommunikasjon i relasjoner, samhandling, konfliktløsning, etikkk. 2 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2009. 443s.

44. Holm, U. Empati: Å forstå menneskers følelser. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2005. 197 s.



Faglig påfyll

Fagdag i Steinkjær

Lokalgruppen i Sør- og Nord Trøndelag skal arrangere fagdag den 13. november 2013, kl 1000- 1500, på Steinkjær Rådhus. Tema for dagen er demens og veldferdsteknologi. Fagdagen er åpen for helspersonell. Hjertelig velkommen!

Med hilsen
Kari Merete Lian, leder for lokalgruppen
i Sør- og Nord Trøndelag

Fagkveld i Bergen

NSF FGD Hordaland arrangerer fagkveld i 13. februar 2014 med fokus på akuttbehandling/akutt sykepleie til eldre. Sted: Haukelandsbakken 45 (sykepleierutdanningen) Deltakerpris: 150 kr for medlem i FGD, 200 kr for ikke medlem i FGD
Påmelding til tao@hib.no

GRØNN GLEDE: Ta med planter og urter inn på avdelingen, som pasientene kan kjenne på og lukte på. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



Sansestimulering med enkle midler

Man trenger ikke en sansehage for å stimulere de eldre. Kjøp urter som dufter, plukk inn kvister og kongler og la de eldre få lukte, kjenne og minnes.

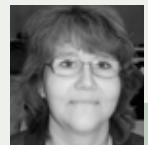
Sansestimulering av beboere på institusjoner har de senere årene fått et oppsving. Sansehager eller Erindringshager er blitt den store trenden. Her får man stimulert alle sanser gjennom lukt, smak, hørsel og syn. De modigste gamle går også barbeint i gresset – og nyter følelsen. Fontener med sildrende vann gir mange muligheter for samtaler, alt fra erindringer om en fjellbekk de en gang drakk av til en herlig fiske-skrøne om den ørreten i det fjellvannet de pleide å fiske i. Noen bruker dagen i hagen til bare å nyte synet, andre finner glede i å stable ved. Kjente bevegelser for kroppen og kanskje finner de roen bedre når natten kommer. Kaffekopper som tømmes i frisk luft og samtaler om før i tiden – om ting man husker.

Men hva med de institusjonene som av ulike

årsaker ikke har en sansehage, eller erindrings-hage. Plassmangel i byen f. eks eller kanskje økonomien i kommunen ikke tillater den slags. Jeg har gjennom mitt arbeid i geriatrifeltet etter hvert skjönt at det er ulike måter å stimulere sanser på, og man kan faktisk gjøre mye også innendørs og med lite midler tilgjengelig.

Snø i en balje

En advent for noen år siden jobbet jeg ved en skjermet enhet i innlands Norge. Det var mye snø ute, og bitende kaldt. Samtalen inne rundt bordet dreide seg om snø og snømåking. Plutselig sier en av de eldre karene, som jeg visste hadde jobbet i skogen i flere år – «jeg husker nesten ikke hvordan snø kjennes jeg». Jeg tok han bokstavelig talt på ordet. Fant en balje, gikk utenfor



Av **Ranveig Lie**, sykepleier med videreutdanning i aldersdemens, Ullensaker Kommune Sykehjem

«En av damene var pensjonert husstellærer, og gjett om hun var i sitt ess.»

sykehjemmet og hentet snø. Denne satte jeg midt på bordet inne på stua og ga alle som ville en liten smak av vinteren og snøen. Det var som jeg skulle sluppet ut en flokk kalver på beite om sommeren. Det ble liv rundt bordet, de uffet seg, de lo og noen kastet litt snø på hverandre. Jeg holdt ekstra godt øye med en av beboerne – han pratet svært lite, men kunne være litt «uberegnelig» i humøret. Plutselig gikk det opp for meg at han hadde laget en fin, rund snøball – og lagt den på bordet. Det lyste stolthet i øynene. Snøen ble etter hvert til smeltevann, og måtte ut. Bordet ble tørket og hendene til beboerne var etter hvert blitt noe kalde. Da kom det på bordet en kjele med kakao som noen av de andre på avdelingen hadde laget når de så hva jeg holdt på meg. En utrolig hyggelig seanse, med svært få kostnader og med store, positive påvirkninger.

Trivelig julebakst

Samme sted fant vi i personalgruppa ut at når vi pratet om juleforberedelser vi drev med hjemme ble flere av de kvinnelige beboerne urolige. De hadde jo ikke fått bakt. Lite hjalp det at vi fortalte at det slapp de, de som var blitt pensjonister. Her måtte det bakes ble vi i personalgruppa enige om. Vi la en plan for hvordan det kunne gjennomføres, og hva som skulle bakes. Et par enkle, kjente slag julekaker – serinakaker og berlinerkranser. Forklær ble samlet sammen, en ettermiddag bestemt, bakstebord ble gjort klart, hender vasket og spritet – og deigen hadde noen av oss gjort klar kvelden i forveien. De som uttalte ønske om å delta ble plassert ved bordet, noen som ville se på fikk en tilskuerplass. Merkelig nok var det også flere av de mannlige beboerne som fattet interesse for det som skulle skje. Vi i personalgruppa hadde vel sett for oss at vi måtte gjøre store deler av jobben, men akk så feil vi kunne ta. En av damene var nemlig pensjonert husstellærer, og gjett om hun var i sitt ess. Hun delegerte oppgaver, hun godkjente, kritiserte, hjalp og kom med gode råd – og hun som under morgenstellet ikke

greide å vaske seg uten kyndig veiledning. Jeg fikk mange aha opplevelser i løpet av baksteseansen, og vi fikk oss servert mange gode, fine historier fra gamle dager. Både de gode, men også de mindre gode – som omhandlet mangelen på mel, sukker og mandler under andre verdenskrig. Da kakene så var vel stekt, og avkjølt på rist – og den deilige duften hadde spredd seg i avdelingen, ønsket flere å smake. Vi satte på kaffen og fant fram et fat, men da fikk vi jammen en irettesettelse av den samme husstellæreren. Hun forlangte at kakene skulle i bokser, alle som en – og en sort tape skulle forsegle kanten rundt lokket, for ellers måtte vi nok bake kaker flere ganger før jul.

Mange muligheter

I en travel hverdag fester slike episoder seg som gygne øyeblikk. De lever man riktig lenge på, og det er ikke hver dag man kan få til. Men dersom man da ikke har anledning til baking, eller beboerne er så syke at de er sengeliggende på rommet, er det da noen mulighet? Ja absolutt, og med særdeles få kostnader. Hver årstid bringer med seg mange muligheter. Muligheter til samtaler, men også til andre typer stimulans. Om våren kan man være ekstra påpasselig med at gardinene blir trukket godt fra, og slippe lyset inn i rommet. Ikke direkte sollys rett på den som ligger i sengen, men la lyset komme inn – gjerne sammen med en porsjon frisk luft. Er det en mulighet til å flytte litt på senga slik at den som ligger får muligheten til å se ut? Enkle ting i hverdagen – dersom vi bare husker på dem. De av oss som har institusjoner med grøntarealer kan også hente inn litt nyklippet gress når det er blitt gjort. Det lukter – og kan sette i gang en tanke. Eller hva med å kjøpe et par urteplanter? De finnes å få kjøpt i alle dagligvarebutikker rundt om – for en svært rimelig pris. Sitronmelisse f.eks. Ta et par blader og gni, for deretter å la beboere både lukte og smake. Det samme med lavendel. Og når høsten igjen innhenter oss kan man ta inn vissent løv, kvister og kongler. Da kan bladene tas på, krølles og knipes i – det blir lyder og kjente lukter. Kan-

skje husker noen at de har gjort hagearbeid før? Og de som bor langs kysten kan jo enkelt hente med seg litt skjell, stein og litt tang – og vips så har man objekter og både se på, ta på og lukte på.

Jeg er fullstendig klar over at hverdagen for de aller fleste innen kommunal helsesektor er forbundet med dårlig tid, dårlig økonomi og dårlige pasienter – men samtidig ønsker nok hver enkelt av oss å gi den aller beste omsorg for de vi har ansvar for. Gjør et forsøk, begynn i det små. Roma ble ikke bygget på en dag – og føler man at et prosjekt blir mislykket første gang så mist ikke motet. Gjør et utvalg i pasientgruppen, velg noen få – og la det heller gå på rundgang. I stede for at Tv-en står på som en jevn bakgrunnsstøy og spyr ut en masse som de aller fleste på stua ikke interesserer seg for eller begriper så forsøk et innslag av stimuli. Det vil kunne gi overraskelser og positive reaksjoner du ikke ante var mulig. Til sist vil jeg si noen få ord om økonomi og frivillig arbeid. De fleste institusjoner får fra tid til annen donasjon i forbindelse med dødsfall. Ønske om noe hyggelig for pasientene blir ofte sagt fra pårørende. Bruk noen av kronene til å kjøpe noen urter, eller andre blomster. Servietter og lys til matbordet. Jeg vet ingenting så kjedelig som de hvite tynne institusjonsserviettene. Dernest noen tips om bruk av frivillige. Det fins flere muligheter, Livsglede for Eldre, Frivilligsentraler, Menighetscenter, Civitan og Lions. Vi har fått kontakt med noen som kommer og tar med seg noen av beboerne ut. Triller i rullestol rundt



BAKEDAG: Kakebaking er både hyggelig og utfordrende. Ta med ferdig deig, som pasientene får kjevle og steke. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

nærområdet eller kanskje på en café. Andre kommer et par ettermiddager i måneden og leser. Og helt til slutt vil jeg minne om at «mange bekker små, gjør en stor Å». ■

Bli med på seminar i Fagernes

NSF/FGD Oppland arrangerer Fagernes seminar 12. og 13. februar 2014 på Quality Hotel & Resort Fagernes i Valdres.

Faggruppen for sykepleiere i Geriatri og Demens arrangerer Fagernesseminaret for 37. gang i 2014. Seminaret går over to dager, og programmet settes opp ut fra temaforslag som tidligere deltakere har kommet med. Utstillingsbesøk er en del av programmet, og er en fin måte å holde seg oppdatert på nye hjelpemidler og medisinsk utstyr.

Tema: Nok er nok?

Vi tar utgangspunkt i «Nasjonal veileder - beslutningsprosesser ved begrenset av livsforlengende behandling» og ønsker å sette søkelyset på dette utfordrende etiske dilemmaet helsepersonell nesten daglig møter i praksisfeltet.

Foredragsholdere:

- **Trond Markestad**, leder i Den norske legeforenings råd for legeetikk.
- **Anne Dreyer**, førsteamanuensis med dok-

torgradsavhandlingen «End-of-life decision-making in nursing homes. A qualitative study».

■ **Jens Mørch**, kommuneoverlege og medlem i Klinisk etisk komité i Vestre Toten og Søndre Land kommune.

■ **Sandra Fahre**, Pasient og brukerombud i Hedmark og Oppland.

Detaljert program, mer informasjon og påmelding blir publisert på faggruppas nettside:

<https://www.nsf.no/faggrupper/sykepleiere-i-geriatri-og-demens> når det er klart.

Velkommen til mørketidskonferanse

Eldre og psykisk helse er temaet for mørketidskonferansen som arrangeres i Tromsø i november.

Det er en stor glede for oss å ønske velkommen til mørketidskonferanse i Tromsø, 28. - 29. november 2013. Vi har lenge hatt et ønske om å lage en konferanse med fokus på eldre og psykisk helse.

Temaene for konferansen vil rette seg mot opplevelsene av ensomhet og isolasjon hos eldre og noen av konsekvensene av dette i form av meningsløshet, rus, selvmordsproblematikk m.m. Samtidig er vår intensjon å fokusere på at mange har en god psykisk helse og lever meningsfulle liv i denne delen av livsløpet.

Vi ønsker at formidlingene skal synliggjøre noe av det mangfoldet vi står i innenfor områdene geriatri, demens, psykisk helse og rusfeltet i den virkelighet vi lever i. Programmet vil inneholde både plenums- og parallellsesjoner med ulike vinklinger og perspektiver. Vi håper også at programmet engasjerer deltakerne på konferansen til deling av erfaringer og refleksjoner rundt tematikken.

Vi håper at programmet gjennom ulike perspektiver vil sette fokus på brukere og pårørende, folkehelse og helsefremmende arbeid, fag- og erfaringskompetanse og forskning som er relatert til temaene.

Konferansen arrangeres av Norsk Sykepleierforbund, NSF's Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens (FGD) og NSF's faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus (SPoR).

Igjen, velkommen til spennende faglige og sosiale dager i Tromsø.

Komitédmedlemmer:

Cecilie Olsen, leder FGD
Kurt Lyngved, leder SPoR
Svein Roald Schømmer-Olsen, NSF
Hilde Fryberg Eilertsen kasserer, FGD
Kjersti Øvernes, styremedlem SPoR
Torill Sæterstrand, nestleder FGD
Espen Gade Rolland, nestleder SPoR

Her er foreløpig program for konferansen:

TORS DAG 28. NOVEMBER	
09.30	Åpning av konferansen ved NSF og faggruppene. En hilsen fra Tromsø
10.00	Eldre og psykisk helse v/Tove Gundersen
10.45	Selv mord blant eldre – tar vi det på alvor? v/Henning Herrestad
11.30	Pause
11.45	Eldre hjemmeboende og psykisk helse v/Arvid Birkeland
12.30	Lunsj
13.30	Brukerrepresentant/pårørenderepresentant
14.15	Pause
14.30	Erfaringer, tidlig intervensjon og sykepleiers rolle, eldre og rusmisbruk Oslo v/Marcus Nøstdahl
15.15	Pause
15.30	Parallellsesjoner
17.00	Avslutning av fagprogrammet
20.00	Festmiddag på Radisson Blu

FREDAG 29. NOVEMBER	
08.30	Åpning av dagen ved faggruppene. Kulturelt innslag
08.45	NSF's strategi for psykisk helse og rus v/Svein Roald Schømmer-Olsen
09.15	Pause.
09.30	Samer snakker ikke om helse og sykdom v/Berit Bongo
10.15	Pause
10.45	Eldre og psykisk helse – utelatt og glemt? Nye nasjonale føringer v/Kenneth Ledang
11.30	Lunsj
12.30	Erfaringer fra 1. linje arbeid med eldre og det kommunale tjenesteapparatet v/Fredrik Hansen
13.15	Pause
13.30	Seniorsentrene – en viktig arena for forebygging. v/Bjørn Tryti
14.15	Avslutning av konferansen





Foredragsholdere

Tove Gundersen er generalsekretær i Rådet for psykisk helse og psykiatrisk sykepleier med hovedfag i helsefag fra Universitetet i Oslo. Hun har mer enn 20 års erfaring fra ledelse i spesialisthelsetjenesten.

Henning Herrestad er arbeidende styreleder for LEVE – Landsforeningen for etterlatte ved selvmord, spesialrådgiver ved RVTS Øst ved OUS og koordinator for sorgtjenesten i stiftelsen Fransiskushjelpen. Han er dr.philos. og filosofisk praktiker. Han har arbeidet med selvmordsforebygging som førsteamanuensis ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og selvmordsforebygging ved UiO.

Om foredraget: Menn over 85 år har den høyeste selvmordsraten i Norge. Enkelt sagt velger de å dø for egen hånd framfor å godta de livsvilkårene de ser foran seg. Disse livsvilkårene er preget av deres plager og sykdom, men også av samfunnets holdninger til og behandling av eldre. Nesten all selvmordsforebygging er fokusert på ungdom og på pasienter i psykiatrisk behandling. Gjør det at vi forstår at de velger døden, at vi for lett godtar at dette skjer?

Arvid Birkeland har hovedfag i sykepleievitenskap og er førstelektor ved Høgskolen i Stord/Haugesund. Han har arbeidsbakgrunn fra hjemmesykepleien og fra psykisk helsearbeid, både akuttpsykiatri og psykiatrisk senter i Haugesund. Han har forsket noe på hjemmesykepleie, eldre og ensomhet og har følgende publikasjoner: Birkeland, A og Natvig, G. K. (2008). Gamle hjelpetrengende og alene. Vård i Norden. Birkeland, A og Natvig, G. K. (2008). Eldre som bor alene og deres erfaringer med hvordan hjemmesykepleien ivaretar deres sosiale behov. Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning. Birkeland, A. (2013). Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie. Sykepleien Forskning. Bok: «Sykepleie i hjemmet», 2011.

Marcus Nøstdahl er prosjektkoordinator i Nettverket eldre og rusmisbruk Oslo. Han er sykepleier med lang fartstid innen rusarbeid i Oslo kommune, blant annet som fagansvarlig ved Sprøyterommet. Nøstdahl vil i sitt foredrag komme inn på bakgrunnen for prosjektet, funn og erfaringer. Hva er tidlig intervensjonen, og hvorfor hos denne gruppen, helseperspektivet og sykepleiers rolle, samtaleintervensjon.

TROMSØ

Tromsø by representerer mørketiden på denne tiden av året, den er den største byen i Nord-Norge, den sjuende største bykommunen og den niende største byen i Norge. Siden omkring 1840 har byen hatt tilnavnet «Nordens Paris».

Byens største arbeidsplasser er Universitetet i Tromsø (UiTø) og Universitetssykehuset Nord-Norge. Framsenteret ble opprettet 29. september 2010 og huser blant annet Norsk Polarinstitutt, som har sitt hovedsete i Tromsø. Nordlysobservatoriet ble opprettet i 1928, og to bedrifter tilknyttet Kongsberg Gruppen henter ned satellittdata fra verdensrommet på oppdrag fra inn- og utland. Fiskeindustrien har stor betydning. Norges Råfisklag og Eksportutvalget for fisk har sine hovedkvarter i Tromsø. Også SpareBank 1 Nord-Norge har sitt sete i byen. Tromsø er sete for Troms fylkeskommune, Fylkesmannen

i Troms og flere mindre institusjoner, og omkring 50 % av arbeidsplassene er i offentlig sektor.

Tromsø kommune fikk sin nåværende utstrekning 1. januar 1964, da bykommunen ble slått sammen med nabokommunene Tromsøysund, Hillesøy og Ullsfjord. Tromsøregionen består av kommunene Tromsø og Karlsøy, og er siden 2003 en av 16 byregioner i Norge. Siden 2010 inngår kommunene Tromsø, Karlsøy og Balsfjord i Tromsø-området regionråd. Tromsø kommune hadde 70 818 innbyggere per 1. april 2013, men med tilstrømmingen av studenter bor det over 75 000 mennesker i kommunen store deler av året. Rundt 58 000 mennesker bor i bymessige strøk, mens resten bor spredd over hele kommunen.



Svein Roald Schømer-Olsen er spesialrådgiver Norsk Sykepleierforbund, avdeling for sykepleie og profesjonsutvikling.

Berit Bongo er 1. amanuensis i helsefag, Høgskolen i Finnmark.

Kenneth Ledang er utdannet psykiatrisk sykepleier og har snart 30 års erfaring fra psykiatrien og psykisk helsearbeid. Han har vært leder og kliniker i kommunalt psykisk helsearbeid, jobbet som behandler i voksenpsykiatrisk poliklinikk og vært ansatt som faglig rådgiver innen psykisk helsearbeid hos Fylkeslegen/Fylkesmannen i Nord-Trøndelag. I dag er han seksjonsleder for Seksjon alderspsykiatri ved Sykehuset Namsos og har i tillegg et engasjement som faglig rådgiver ved Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).

Fredrik Hansen har jobbet som psykolog for eldre i Askøy kommune siden 2010. Tema for hans foredrag vil være erfaringer fra arbeidet med eldre i kommunehelsetjenesten, samhandling og tverrfaglig arbeid med andre aktører i kommunen (institusjon, åpenomsorg m.fl.) og typiske problemstillingen han møter i den eldre populasjonen.

Björg Tryti har jobbet som fagkonsulet ved seniorsentrene i Bærum kommune siden 2008. Hun er utdannet psykiatrisk sykepleier, med videreutdanning innen kognitiv terapi og veiledning. Hun har erfaring fra spesialisthelsetjeneste i både somatikk og psykiatri og for kommunehelsetjenesten. Er opptatt av relasjoner, fagutvikling og forebyggende arbeid.

Frie foredrag

Torsdag 28. november kl. 15.30 – 17.00.

Tema: Sykepleie innen fagfeltet eldre, psykisk helse og rus. Det inviteres til muntlige innlegg med 20 min + 5 min spørsmål (totalt 25 min).

Vi ønsker innlegg om fagutviklingsarbeid, forskningsprosjekt og gode eksempler fra praksis innen fagfeltet eldre, psykisk helse og rus.

Abstract om fagutviklingsarbeidet/forskningen kan ha inntil 250 ord.

Abstract sendes: Torill Sæterstrand, e-post: torill.saeterstrand@gmail.com innen 01.10.13

Det er kun elektronisk påmelding. Vi ber om at abstractene skrives i Word. ■

PRAKTISKE OPPLYSNINGER

Tid/sted	Radisson Blu hotell Tromsø, 28. – 29. november 2013
Deltakeravgift	kr 1300,- I deltakeravgiften inngår faglig program, kaffepauser, lunsj torsdag og fredag samt festmiddag torsdag. Tillegg til deltakeravgiften for ikke-medlemmer i NSF: kr 500,-
Overnatting	Kr 1125,- per natt. Bestilles av den enkelte deltaker direkte til hotellet via nettsidene til faggruppene eller telefon 02525, oppgi bestillingskode SYKE13. Etter 14.10.13 gjelder hotellets egne priser
Påmeldingsfrister	Påmelding etter 30. august 2013 påløper et gebyr på kr. 500,-. Ved påmelding etter 1. november og frem til konferansestart påløper et gebyr på kr 1000,-
Påmelding	Må skje elektronisk. Påmeldingen er bindende. Gå inn på nettsidene til faggruppene: www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/psykiatriske-sykepleiere www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/sykepleiere-i-geriatri-og-demens Spørsmål vedrørende påmelding rettes til Anne Margrethe Sandberg. Kontaktinformasjon: e-post: anne.m.sandberg@hint.no Tlf: 7421328 / 90518790
Betalingsform	Ved elektronisk påmelding vil du få en bekreftelse på skjermen, som du skriver ut. Faktura sendes ut i henhold til bestilling
Avbestilling	Kun skriftlig avbestilling (per mail). Avbestilling før 14. november refunderes 50 % av deltakeravgiften, avbestilling etter 14. november refunderes ikke

Smertebehandling til pe med langtkommen dem



■ Av Gunn-Mari Jensen, sykepleier, høgskolelektor ved Avdeling for helsefag og samfunn, Høgskolen i Narvik



■ Av Wivi-Ann Tingvoll, sykepleier, førstelektor ved Avdeling for helsefag og samfunn, Høgskolen i Narvik



■ Av Geir Fagerjord Lore, Associate Professor, PhD Department of health and care sciences, UIT

Innledning

Risikoen for å få en demenssykdom stiger med økende alder og ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (1) er det i dag ca. 66 000 personer med demens i Norge. De fleste er over 65 år. Det antas at i år 2040 vil det være ca. 135 000 personer som har demens (1). Rundt halvparten av alle personer med demens bor i eget hjem og ca. 80 % av de personene som bor på sykehjem har en demenssykdom. Demenssykdom er progressiv noe som blant annet innebærer at personer som har denne sykdommen etter hvert kan få vansker med kommunikasjon og hos noen blir atferden forandret (2). Når demenssykdommen går over til alvorlig grad har personen en betydelig handlingssvikt og vil ha behov for god faglig omsorg døgnet rundt (3).

All smertebehandling søker å lindre pasientens lidelse. Drew Leder (4) mener at smerten påvirker pasientens livsverden der smerten blir fokuset i personens liv og opplevelsen av tid og rom opphører. Et fenomenologisk perspektiv på smerte tjener ifølge Leder (4) ikke til å forstå dens årsak, mer til å forstå hvordan smerten oppleves. Smerte må sees i sammenheng med den levde kroppen, de erfaringer vi får gjennom livet på godt og vondt er umiddelbare, og en kroppserfaring som smerter blir også en indre, subjektiv opplevelse (5). Andre har følgelig ikke tilgang til erfaringene med mindre de kommer til uttrykk gjennom smerteatferd eller språklige uttrykk.

Når den språklige evnen svikter og når kommunikasjonsevnen er redusert vil smerter kunne komme til uttrykk gjennom atferd. Slik atferds-

forandring er ikke entydige signaler og kan være slikt som tilbaketrekking, uro, vandring, flytting på ting eller sinne (6,7). Uro kan imidlertid også skyldes andre forhold som redsel, infeksjoner eller være symptom på annen somatisk sykdom. Det kan derfor være vanskelig og skille uttrykkene fra hverandre. Dette innebærer ytterligere utfordringer for pleierne som skal ivareta pasienter med demens sitt behov.

Personer med moderat til langtkommen demens har en større risiko for ikke å få god nok smertelindring (7, 8). En studie foretatt av Nygaard og Jarland (9) viser at 45-80 % av alle pasienter som bor på sykehjem har smerteplager. Forskning viser at pasienter som har en demenssykdom får mindre smertelindring enn kognitiv friske pasienter (10) noe som underbygges både av internasjonale og norske studier (11). Eldre mennesker har ofte en eller flere sykdommer som medfører smerter. Det er derfor rimelig å tro at en stor andel av pasienter med langtkommen demenssykdom plages av smerter som de ikke klarer å be om hjelp for.

Ifølge Kongsgaard, Bruun Wyller og Breivik (12) har mer enn halvparten av eldre som bor hjemme og 60-80 % av eldre på sykehjem smerter. Som et resultat av dette kan man regne med at mye av smertebehandlingene skjer i private hjem, i omsorgsboliger og i sykehjem. Nygård og Jarland (9) fokuserer på samsvaret mellom pleier og sykehjemspasienters smertevurdering og pleiers vurdering av smerter hos ikke kommunikative pasienter. Undersøkelsen viste at det er rom for å bedre registrering av smerteproblemer. God omsorg krever videreformidling av observasjoner. Nortvedt, Wiborg, Nitteberg (13) fokuserer på at

Personer ens

«Sykepleiernes erfaringer peker i retning av både over- og underbehandling.»

SMERTER: Pasienter med langtkommen demenssykdom kan ha smerter som de ikke klarer å be om hjelp til å lindre. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Bakgrunn: Pasienter med demenssykdom får mindre smertelindring enn kognitiv friske pasienter. Mye tyder på at vansker med å tolke pasientenes tvetydige signaler kan være en av årsakene til utilfredsstillende smertebehandling. Denne artikkelen fokuserer på erfaringer sykepleierne hadde fra å vurdere smerter hos personer med langtkommen demens og språkvansker.

Metode: Vi intervjuet fem sykepleiere, som arbeider på sykehjemsavdelinger tilrettelagt for personer med demens. Intervjuene tok opp utfordringer for smertevurdering og kartlegging, hos personer med demens og språkvansker.

Resultat: Sykepleiernes erfaringer med smertebehandling peker i retning av både over- og underbehandling. Årsaken ser ut til å være vanskeligheter med å tolke pasientens uttrykk, manglende faglige basiskunnskaper, manglende spesifikke kunnskaper om demenssykdom samt manglende samarbeid innad i helsefaggruppen.

Konklusjon: Samarbeid innad i personalgruppen, med tilsynslegen og pårørende er sentralt for å kunne oppdage og ivareta pasientens behov for smertelindring. Helsepersonell må tilstrebe felles mål for pleien som ytes i avdelingen. Lederne må prioritere kompetanseoppbygging til personalet. Fokus på kunnskapen omkring oppfølging og behandling av smerte vil kunne gi bedre livskvalitet for den enkelte person som har en langtkommen demenssykdom.

Nøkkelord: Demens, kunnskap, smertevurdering, samarbeid, sykepleie.

Background: Patients with dementia receive less pain reducing drugs than cognitive healthy patients. Research suggests that difficulties in the interpretation of patients communications may be one of the causes of unsatisfactory treatment of pain. The present paper focuses on the experiences of nurses dealing with patient with severe dementia and language difficulties.

Method: Five nurses working at a nursing home equipped for patients with dementia were interviewed. The interviews dealt with the challenges of pain evaluation and mapping for patients with dementia and language difficulties.

Result: The study shows that the experience from nurses points towards both excessive and reduced treatment. The reasons for this seems to be difficulties in the interpretation of patients expressions, lack of necessary nursing specific knowledge, lack of knowledge related to dementia as well as lack of collaboration between the personnel working with differing aspects of treatment.

Conclusion: Improved collaboration between the nursing staff, other medical professionals and the families is essential for assessment and improved evaluation of the patients need for pain relief. All medical professionals must work towards a common goal for the treatment and care within a nursing home. Managers should focus on the education of staff. Together with improved education related to treatment and management of pain this will enable a better quality of life for patients with severe dementia.

Keywords: Dementia, knowledge, evaluation of pain, collaboration, nursing.

bruk av smertekartleggingsverktøy er med på bedre grunnlaget for tiltakene i pasientens behandlingsplan. Kartleggingen viste at sykepleierne ble mer fokusert på om pasienten hadde smerter.

Det er sykepleierne som skal identifisere, videreformidle dette til legen, igangsette forordnet behandling og vurdere effekten. Dette krever gode kunnskaper om sykdommer, demenssykdom og smertebehandling. Forskning viser at det er behov for slik kunnskap (13,14). Det er et vesentlig spørsmål om sykepleiernes vansker med å tolke pasientens tvetydige signaler kan medføre utilfredsstillende smertebehandling. Hensikten med denne artikkelen er å sette fokus på hvilke erfaringer sykepleierne hadde fra å vurdere smerter hos personer med langtkommen demens og språkvansker – og hvilke utfordringer møter sykepleierne når de skal vurdere grad av smerter til pasienter med kognitiv svikt. På den bakgrunn ønsker vi å diskutere hvilke forutsetninger som bør ligge til grunn for å styrke sykepleiernes vurderinger av behovet for smertelindring til pasienter med langtkommen demens og språkvansker.

Metode

Det ble benyttet en kvalitativ tilnærming med et fenomenologisk hermeneutisk utgangspunkt inspirert av Malterud (15). Tilnærming legger vekt på å fortolke menneskelige erfaringer (16). Fenomenologien tar utgangspunkt i individets opplevelse for å oppnå forståelse av personens erfaringer. Vi ønsket å få sykepleierne til å sette ord på sin kliniske hverdag i møte med pasienter med alvorlig demens og hvordan dette opplevdes. Ved å innhente data gjennom intervju kunne vi som forskere oppnå en dypere forståelse av pasienter med demens sin situasjon relatert til smerter. Dette kunne resultere i ny kunnskap ikke bare for forskeren men også for informanten (17). Intervjuguiden var bygget opp etter erfaring fra aktuell forskningslitteratur: Følgende tema var inkludert: Utfordringer i å vurdere smerter hos pasienter med alvorlig demens, videreformidling av observasjoner, bruk av kartleggingsverktøy. Sykepleierne

ble også bedt om å reflektere rundt situasjoner der mistanken om at det var smerter som plaget pasienten var blitt bekreftet og eksempler på smerter som hadde eksistert lenge uoppdaget. Det ble videre reflektert over eksempler der pasienter hadde fått smertebehandling hvor det i ettertid viste seg å være et feil, og hvordan dette grunnlaget i så tilfelle ble vurdert. Målet var å få fram hvordan de involverte selv opplever å stå i slike situasjoner.

Deltakere

Fem sykepleiere samtykket til å være med i undersøkelsen. Alle kvinnelige sykepleiere i alderen 28 til 60 år. Inklusjonskriteriene var lang erfaring fra å jobbe som sykepleier med demenspasienter. De hadde forskjellig arbeidserfaring fra sykepleieryrket, varierende i lengde fra 4 til 37 år. De ble rekruttert fra ulike sykehjem hjemmehørende i fire kommuner i Nord-Norge. Fire informanter arbeidet på spesialavdeling for pasienter med demenssykdom og en arbeidet på somatisk avdeling. En deltaker hadde videreutdanning i aldring og eldreomsorg, og en hadde spesialutdanning innenfor demensomsorg. De tre øvrige hadde forskjellige kurser innenfor demensomsorg.

Datasamling

Vi benyttet individuelle halvstrukturerte forskningsintervju (18) med støtte av en intervjuguide. For å belyse temaet var det viktig og få del i den erfaringene sykepleierne hadde fra sitt arbeid med personer med alvorlig demens.

Tre av intervjuene ble av praktiske grunner avvirket på arbeidsplassen i arbeidstiden og to ble gjennomført i informantenes hjem. Intervjuene varte fra 30–60 minutter og ble tatt opp på digital lydopptaker. Deretter ble lydopptakene transkribert ordrett.

Analyse

Hensikten med en fenomenologisk innholdsanalyse er å skape oversikt over det typiske i materialet (15). Først ble materialet lest igjennom nøye for å få et helhetsinntrykk. Deretter ble meningsbærende enheter i teksten trukket fram og fargekodet. Ved

KOMMUNIKASJON: Godt samarbeid mellom sykepleier og lege kan ha betydning for at pasienten får riktig behandling mot smerter. Ill.foto: Colourbox.

«God omsorg krever videreformidling av observasjoner.»

å kode tekstenheter ble kategorier og underkategorier identifisert som en tematisk tolkning av materialet. Det gjorde oss i stand til å vurdere mulige forklaringer av informantenes erfaringer samt å sammenlikne disse med annen relevant litteratur. Meningsbærende enheter var tekstenheter som ansås å svare til hensikten med studien. Så ble de meningsbærende tekstenhetene med lignende innhold sammenfattet gjennom flere steg. For å sikre at tekstens mening ikke gikk tapt, ble enhetene satt sammen igjen og vurdert hvor vidt resultatene samsvarte med sammenhengen den var tatt ut fra. Alle resultat og tolkninger ble diskutert i forskningsgruppen og vi ble enige om tre grunnleggende tema knyttet til demens og smerter: Prøve og feile, betydning av tverrfaglig samarbeid samt betydning av faglig kunnskap for god smertebehandling.

Forskningsetikk

Prosjektet ble meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og de forskjellige sykehjemmene ga tillatelse til studien. Informantene ble skriftlig informert om formålet med studien og hvordan det skriftlige materialet skulle benyttes. Det ble også understreket at deltakelsen var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg fra studien. Datamaterialet ble anonymisert i henhold til Helsinkideklarasjonen. Lederne på de forskjellige sykehjemmene ga tillatelse til studien. Ifølge Kvale (18) må intervjueren være oppmerksom på at han kan forlede informanten til å komme med uttalelser som han siden angrer på. Dette ble det tatt hensyn til under transkripsjonen og informantene ble kontaktet dersom det var usikkerhet omkring bruken av utsagn fra intervjuet.

Funn

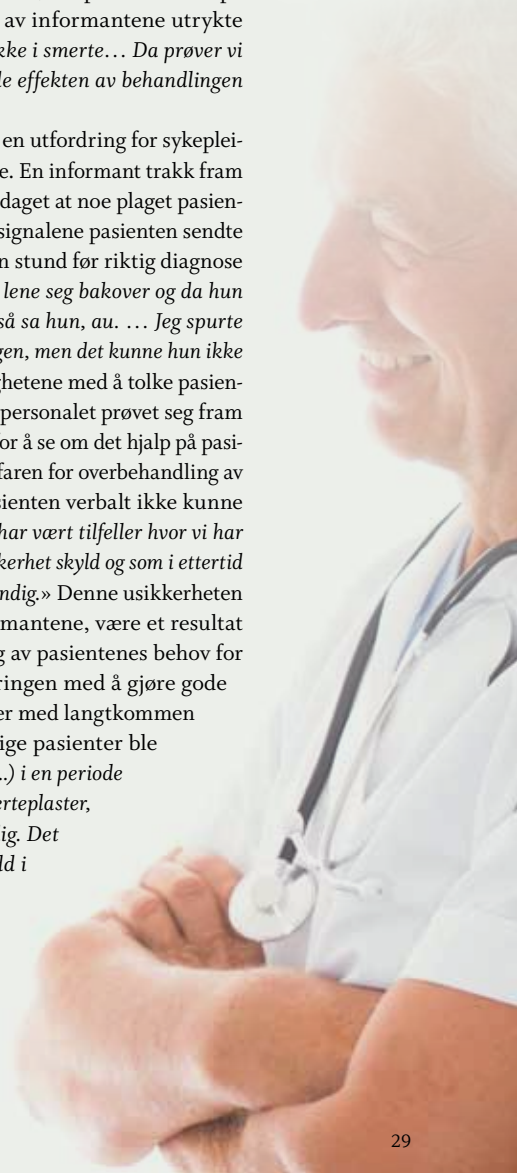
Sykepleierne pekte på viktigheten av å ha gode fagkunnskaper når behovet for smertelindring skulle vurderes og understreker at «Beslutningsgrunnlaget forutsetter felles faglig forståelse, godt samarbeid og faglig kunnskap behandlingsteamet.» De var opptatt av at – et uklart sykdomsbilde vanskeliggjør sykepleiers vurdering av pasientens tilstand. Mennesker uttrykker smerter på en eller

annen måte. Problemet oppsto når signalene var vage og vanskelig å fange opp, noe som det ofte kan være med smerter hos pasienter med demens og språkvansker.

Prøve og feile

I datamaterialet kom det fram at i redsel for at pasientens uttrykk skulle mistolkes og at behovet for smertelindring ble oversett, ble pasienter satt på fast smertelindring. En av informantene uttrykte det slik. «Vi spekulerer ikke i smerte... Da prøver vi...og det er klart at å måle effekten av behandlingen er ikke så enkelt.»

Det kunne også være en utfordring for sykepleierne å lokalisere smertene. En informant trakk fram et eksempel der hun oppdaget at noe plaget pasienten, men på grunn av at signalene pasienten sendte ut ble feiltolket tok det en stund før riktig diagnose ble stilt. «Når hun skulle lene seg bakover og da hun kom i en bestemt stilling så sa hun, au... Jeg spurte om hun hadde vondt i ryggen, men det kunne hun ikke gi noe svar på.» Vanskelighetene med å tolke pasientenes signaler førte til at personalet prøvet seg fram med å gi smertelindring for å se om det hjalp på pasientens uro. Samtidig var faren for overbehandling av smerter til stede når pasienten verbalt ikke kunne gi tilbakemelding. «Det har vært tilfeller hvor vi har gitt smertestillende for sikkerhet skyld og som i ettertid har vist seg å være unødvendig.» Denne usikkerheten kunne også, ifølge informantene, være et resultat av mangelfull utredning av pasientenes behov for smertelindring. Utfordringen med å gjøre gode utredninger hos pasienter med langtkommen demens førte til at urolige pasienter ble satt på smertepaster. «(...) i en periode ble det brukt Norspan smertepaster, til pasienter som var urolig. Det var jo på en måte et skudd i blinde å gi det. Noen fikk effekt og noen ikke.» Konsekvensen av det som omtales som prøving og feiling var at pasientene som



fikk denne behandlingen ble sløv, satt i en stol og sov mye av dagen. Informantene var bekymret for at det førte til at pasientene fikk sin kognitive tilstand ytterligere redusert, men la vekten på å unngå at pasienter skulle lide unødvendig å grunn av smerter. Ingen av informantene benyttet, eller var kjent med at det ble benyttet kartleggingsverktøy for smerter på deres institusjon. Imidlertid hadde en av informantene benyttet skjema for å kartlegge uro.

Tverrfaglig samarbeid en viktig del av smertebehandlingen

Sykepleierne vektla at et godt samarbeid innad i personalgruppen, med tilsynslegen og med pårørende var viktig for å kunne ivareta pasientens behov for smertelindring. Flere beskrev at samarbeidsproblemer med tilsynslegen kunne føre til mangelfull behandling. Typiske problemer var at sykepleierne noen ganger ikke fikk aksept for sine vurderinger. Spesielt gjaldt dette når pasienten ikke responderte godt nok på den behandlingen de allerede fikk. Som et eksempel fikk en pasient maksimal døgndose av Paracet men fortsatte å være veldig urolig. Pasienten motsatte seg hjelp fra personalet og kunne i enkelte tilfeller slå etter hjelperen. Pleierne på avdelingen mente at pasienten fortsatt var smertepåvirket, noe som ble tatt opp med tilsynslegen. «(...) Vi så jo at pasienten hadde det vondt og vi forsøkte å finne ut av det. (...) Legen nektet å gi noe mer smertelindring. Det var i hodet det satt, mente legen.» I dette tilfellet ble pasientens demenssykdom sett på som årsaken til atferden og tilstanden ble ikke undersøkt nærmere. Det ble ikke gjort noen forandringer av medisineringen før det kom en legevikar til sykehjemmet. Denne legen undersøkte pasienten og det ble tatt diverse prøver som resulterte i diagnosen Temporalarteritt. På tross av at pasienten var dement og hadde et mangelfullt språk, klarte pasienten i ettertid å gi uttrykk for hvor vondt hun hadde hatt det.

«Legen prøvde ut en Prednisolonkur ... Smertene ble så å si borte. (...) Jeg husker at pasienten satt i en stol, jeg satt på den ene siden og en assistent satt på andre siden. Pasienten holdt oss i hendene, og sa: Åh, tusen takk, har hatt det så vondt og nå bra.» Pasienten fungerte etter denne behandlingen bedre i hverdagen.

Informantene mente at det kunne være spesielt vanskelig å få forståelse for å øke påbegynt smertelindringen til pasientene:

«Jeg har et inntrykk av at mange ganger så stopper legene opp i forhold til smertelindring... Vi har hatt

mange eksempler der legene sier: ... det her skal være god nok smertelindring(...) smertelindringen pasienten har nå, er omtrent normalt. Da føler jeg at mine vurderinger ikke blir tatt til følge.»

Informantene hadde ulike erfaringer avhengig av hvilket sykehjem de arbeidet på. De som hadde et godt samarbeid med tilsynslegen, mente at det førte til en bedre forståelse for hverandres faglige synspunkter, som igjen førte til en bedre smertebehandling til pasientene. «Vi har opparbeidet oss ei erfaring slik at vi i samråd med tilsynslegen finner en behandling som vi vurderer er det beste for pasienten..»

Samtidig viser dataene at dårlig kommunikasjon innad i pleiegruppa kunne føre til manglende rapportering og til uenighet omkring pasientens behov for smertelindring. Denne uenigheten kunne føre til at legen mottok sprikende opplysninger. Informantene opplevde at legen ble usikker, noe som kunne resultere i at pasienten ikke fikk behandling. En sa det slik: «Fordi jeg ikke har fått beskjed har jeg ikke kunnet gjøre noe med pasientens smerter.» Manglende samarbeid i pleiegruppa resulterte da i at sykepleieren først på rapporten, etter endt vakt, ble gjort oppmerksom på at en pasient hadde smerter.

Pårørende ble sett på som en viktig samarbeidspartner fordi det som regel er de som kjenner pasienten best. En av informantene fortalte at når det oppsto vanskeligheter med å vurdere behovet for smertelindring, var pårørende en viktig ressurs. «Er vi fryktelig usikre på om det er smerteproblematikk inne i bildet, så er egentlig pårørende ganske klar.» Informantene mente at pårørende forsto noen gang bedre hva pasienten uttrykte og var veldig klar på om pasienten hadde smerter eller ikke.

Faglig kunnskap er forutsetning for god smertebehandling

Informantene vektla faglig kunnskap som en viktig forutsetning for å gjøre gode vurderinger av pasientenes tilstand. De mente at generell kunnskap om sykdommer, medisiner og gode kunnskaper om demens og utviklingen av sykdommen var en forutsetning for å forstå pasientenes signaler.

«Personer med demenssykdom reagerer forskjellig, ikke bare reagerer den ene personen forskjellig fra den andre, men samme person kan reagere forskjellig i forskjellige situasjoner. De reagerer forskjellig ut fra dagsformen. Det gjør jo eldre personer ellers også, men de er ikke så uforutsigbare.»

Flere av informantene mente at sykehjemmene hadde lite fokus på kunnskapsutvikling av perso-

nalet og at det kunne være vanskelig å holde seg oppdatert på grunn av at arbeidsplassen ikke la til rette for faglig utvikling av personalet. «Jeg kunne ha tenkt meg kurs om smertebehandling til personer med demens. Mine kunnskaper om dette er fra de erfaringene jeg har gjort i mitt arbeid.» En av informantene mente at konsekvensen var at kun de pleierne som var spesielt interessert og var villig til å tilegnet seg faglige kunnskaper på sin fritid klarte å holde seg oppdatert.

Sykehjemmene sliter med å få tak i fagfolk, mangel på fagfolk og stor utskifting av personalet var derfor et problem. Mangelen på kvalifisert personell kunne føre til at pasienter med vekslende behov for smertelindring ble satt på fast smertebehandling. «Dersom vi tror at pasientene har smerter av og til så prøver vi å sette dem på fast medisin... Det blir veldig mye lettere for de ufaglærte enn å fange opp de vanskelige signalene.» Informantene var opptatt av at i høytider og når ferier skulle avvikles var det ikke nok fagfolk til å dekke opp turnusen på sykehjemmene. Dette kunne resultere i vakter der det kun var ufaglærte pleiere på avdelingen. En av informantene trakk fram et eksempel fra en episode der hun tilfeldig hadde kommet innom avdelingen og hvor en svært urolig pasient var gjenstand for stor diskusjon blant personalet. Denne pasienten hadde vansker med å kommunisere og var merkelig urolig. Informanten oppdaget at det var en spesiell urinlukkt fra pasienten og pleierne som var på jobb fortalte at det hadde luktet slik av pasienten i flere dager. Informanten fikk tatt urinprøver av pasienten som viste at det var en urinveisinfeksjon som plaget pasienten. Ifølge informanten forsto ikke de ufaglærte pleierne at «lukten» kunne komme av en urinveisinfeksjon. Pasienten døde noen dager senere av nyresvikt. Informanten påpekte at det var tvilsomt at dette alene var årsaken til at pasienten døde fordi pasienten i utgangspunktet var redusert pga. flere alvorlige diagnoser men illustrerte for henne hvor vesentlig faglig kunnskap er i omsorgen til pasienter med demens.

Diskusjon

Studiens resultater framhever at – smertelindring til pasienter med langtkommen demenssykdom forutsetter at det faglige teamet er godt kvalifisert, gode samarbeidsforhold og god kommunikasjon. De beskriver også hvordan usikkerheten omkring observasjoner innebærer noe prøving og feiling hvor primært fokus er å redusere pasientens lidelser. Språkvansker bidrar til denne usikkerheten fordi

man ikke kan få bekreftet eller diskutert observasjoner med pasienten, eller at smerteatferden rett og slett ikke ble oppdaget. Sykepleierne i denne studien ga uttrykk for usikkerheten rundt pasientens lindringsbehov. Undersøkelsen underbygger viktigheten av at det til enhver tid er sykepleiere som har gode faglige kunnskaper på avdelingen. Spesielt er dette viktig i omsorgen til denne pasientgruppen som er prisgitt pleierne som er på vakt fordi de ikke kan ivareta sine behov.

Ulike tilnærminger for å møte behovet for smertelindring

Prøving og feiling kunne resultere i en praksis der man ga pasienten smertelindring for å være på den sikre siden. Tanken bak er at det er bedre å gi smertelindring enn at pasientene skal lide. Usikkerheten kunne i verste fall føre til overmedisinering, noen pasienter fikk for mye og andre pasienter fikk smertelindring som de ikke hadde behov for. Pasientene kunne bli sløve, sov mye og eventuelle andre lidelser ville dermed ikke bli avdekket. Et annet utslag av denne usikkerheten var at pasientenes smerter ikke ble godt nok lindret. Denne usikkerheten oppsto når helsepersonell ikke med sikkerhet kunne fastslå om pasientens atferd skyldtes smerter. Liknende funn har kommet fram i en mastergradstudie om smertelindring til fortidligfødte barn (19). Selv om det er et helt liv imellom disse pasientgruppene så er fenomenet det samme.

Det kom fram i studien vår at det kunne være vanskelig å få pasienten til å samarbeide under utredningen noe som igjen kunne føre til mangelfull diagnostisering. For å bøte på dette ble pasienter unødvendig satt på sterk smertelindring. Smertelindrende medikamenter kan gi bivirkninger og interaksjon med andre medikamenter. Derfor vil smertebehandling som pasienten ikke har behov for kunne påføre pasienten unødvendige plager. En undersøkelse basert på litteraturgjennomgang indikerer at både somatisk sykdom og legemiddelbruk er viktige årsaker til atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens (20). I tillegg øker stigende alder faren for flere typer lidelser som må behandles medikamentelt (21). Dermed øker faren for bivirkninger og legemiddelinteraksjoner. Uheldige konsekvenser med for eksempel opioid behandling kan bl.a. føre til redusert aktivitet, falltendens og en ytterligere reduksjon i pasientens kognitive tilstand (22). For å gjøre medisineren mindre tilfeldig er det viktig at også pasienter med demens



blir utredet slik at pasienten får riktig type smertelindring. Bruk av standardiserte smertekartleggings skjemaer er et hjelpemiddel som kan være med på å redusere prøving og feiling. Samtidig er det viktig at virkningen av påbegynt medisinerer blir vurdert og eventuelt seponert.

Vi vet også at sykehjemspasienter med demens sjeldnere får smertelindrende behandling enn kognitiv friske pasienter (23, 11, 24, 14). For dårlig behandling av smerter hos gamle mennesker ser ut til å være et utbredt problem (12). Manglende eller inadekvat utredning kan medføre at pasienter blir dårligere smertelindret. Vi fant at pasientens urolige atferd kunne bli sett på som et resultat av demensutviklingen og ikke av for lite smertelindring. Sykepleierne antydte også at legene var restriktive når smertebehandling ikke ga ønsket effekt.

Et annet moment er at for dårlig smertelindring til personer med demens gir seg ofte utslag i en forandring av atferden (6, 22). En slik feiltolkning av symptom kan resultere i medisinerer av atferden og ikke av smertene. Antipsykotiske midler blir i sykehjem gitt for å modifisere atferdsproblemer og psykologiske symptomer ved demens (25). Interaksjonen med andre medikamenter er stor og kan føre til ubehagelige bivirkninger hos pasienten. I denne sammenhengen er bivirkningene av smertelindring mindre alvorlig enn bivirkninger av antipsykotika (22). Overnevnte studier viser behovet for å bedre kartlegging og behandling av smerter til pasienter med kognitiv svikt. Manglende dokumentasjon kan gjøre det vanskeligere for sykepleierne å vurdere pasientens behov og vanskeliggjør muligheten til å kommunisere observasjoner videre i teamet. Følgelig

vil også legen da ha mindre faktakunnskaper for å vurdere medisinerer til pasienten. God dokumentasjon og bruk av smertekartlegging vil være med på å bedre vurderingsgrunnlaget for medisinerer av smerter til pasienter med langtkommen demens. Noe som også andre undersøkelser har vist (9, 26, 27, 14). Det kan tenkes at manglende forståelse hos ledelsen for behovet for å avsette tid til faglig oppdatering av personalet, samt å gi bedre mulighet for kursing, kan være en medvirkende årsak til at nødvendig kartleggingsutstyr ikke var tatt i bruk.

Samspill i helsefaggruppa og med pårørende

Hvorfor sykepleierne både på sykehjem og sykehus føler at deres vurderinger ikke blir tatt på alvor av legen er et interessant spørsmål som ikke denne studien gir noe entydig svar på. Vi ser imidlertid at når samarbeidet ikke fungerer fikk dette konsekvenser for sykepleierne smertevurderinger. Mangelfull kommunikasjon både med pleiepersonalet på avdelingen og tilsynslegen påvirket resultatet av smertelindringen pasientene fikk. Datamaterialet viste også hvor tilfeldig smertelindringen kunne bli ut fra om den ansvarlige legen tok sykepleierne vurderinger på alvor. En tilsvarende problematikk finner man igjen innenfor smertelindring til nyfødte barn (19). Dette viser hvor vanskelig vurderingen av behovet for smertelindring er når pasientene ikke kan formidle sine smerter til omverden. I en studie foretatt av Rostad og Vatne (28) kom det fram at systematisk refleksjon i personalgruppa førte til økt bevisstgjøring og utvikling av praksis. Kanskje kan faglige refleksjoner bidra til å styrke sykepleierne observasjoner og dermed bidra til bedre kommu-

nikasjon med tilsynslegen. Ved å avsette tid for at personalet kan reflektere sammen rundt erfaringer som gjøres i avdelingen bidra til å bedre samarbeidet på avdelingen.

I tillegg viser funnene at godt samarbeid med pårørende kan være viktig for å sikre god smertevurdering. Dette bekreftes gjennom en studie som viste at samarbeid med sykehus, pårørende og andre var en av betingelsene for å bedre kvaliteten på pleien til pasientene (29). Pårørendes kunnskap om pasienten er viktig bidrag for å forstå pasienter med demens viser en studie foretatt av Bourbonnais og Ducharme (30) Grunnlaget for å oppdage smerter hos pasienter med langtkommen demens og språkvansker ligger i den daglige pleien med nærhet og kjennskap til pasienten. I denne sammenhengen utgjør pårørendes kunnskap om pasienten en viktig ressurs.

Smerteforskning har vist at smerter hos gamle mennesker, kan ha høy intensitet før de gir utslag som kan måles, for eksempel høyt blodtrykk (24). Videre viser undersøkelser at smerterelaterte diagnoser er sjeldnere dokumentert i sykehjemsjournaler hos ikke-kommunikative pasienter (9). Når pasienten ikke verbalt er i stand til å uttrykke behovet for smertelindring og sykepleierne ikke har god nok bakgrunns kunnskaper om pasientens tilstand påvirker dette sykepleierens vurderinger. Dette indikerer viktigheten av at også personer med reduserte språklige evner blir godt utredet slik at årsaken til uroen fastsettes og at pasienten får adekvat behandling (7).

Faglig innsikt

Videre er det også viktig at all personal som arbeider på avdelingen har gode faglige kunnskaper slik at de kan videreformidle relevante opplysninger om pasienten til sykepleieren og legen.

Informantene i studien hevdet at mangel på fagfolk førte til at ufaglært personell ble satt inn i sykepleierens vakter. Ut fra de forutsetningene ufaglærte har gjør de en god jobb i dagens helsevesen og antakelig er det kommunale helsevesenet avhengig av deres arbeidskraft. Imidlertid viser denne studien at uten å kunne gjøre gode faglige observasjoner blir ikke behovet for smertelindring til pasientene ivaretatt godt nok. Mangel på fagfolk ble uttrykt som en reell fare for at pasientens lidelser kan forbli uoppdaget og som i verste fall kan føre til død. Dette samsvarer med en undersøkelse som ble gjennomført i Norge hvor ressursene i eldreomsorgen ble kartlagt (31). Undersøkelsen baserte seg på spørreskjemaer, som ble sendt ut til leger

og sykepleiere med arbeidssted både i sykehus og på sykehjem. Resultatet av undersøkelsen viser at manglende kompetanse gjør helsepersonell mindre kritisk til polyfarmasi. Videre viste undersøkelsen at ressursmangel og nedprioriteringer medfører en betydelig belastning for de ansatte. Dette medfører redusert kvalitet på utredning, diagnostikk, dårlig hygiene og ernæring til pasienten (31). En litteraturstudie av Knudsen og Larsen (14) trekker også fram viktigheten av at personalet må ha gode faglige kunnskaper og kunnskaper om pasientens levde liv for å kunne oppdage smerter hos pasienter med demenssykdom. Ifølge Wannebo og Sagmo (32) er det også et stort behov for mer kunnskap om legemidler og legemiddelhåndtering blant sykepleiere i sykehjem. Grunnlaget for adekvate smerteobservasjoner blir mangelfullt, dersom kunnskap, nærhet og kommunikasjon eller kjennskap til pasienten blir redusert. Kontinuitet blant pleierne er av stor betydning for å kunne vurdere pasientens signaler og følge opp tiltak. Faglig kompetanseheving og godt samarbeid ser ut til å være med på å bedre smertevurderingen av pasientene og sparer dem for unødvendige lidelser.

Kontinuerlig fokus på mulige smerter hos pasientene kan minske faren for manglende vurdering av smertelindring.

Metodologiske refleksjoner

Denne undersøkelsen omfatter få sykepleiere som kom fra forskjellige kommuner og forskjellige sykehjem. Materialet er derfor preget av ulike miljøer,

«Lederne må prioritere kompetanseoppbygging til personalet.»

strukturer og ulik tilgang på kompetanse, som kan være en styrke i studien. Flere informanter kunne ha bidratt med ytterligere erfaringer og styrket funnene. Imidlertid ser det ut til å være enighet blant informantene omkring utfordringer som framkommer i materialet. Funnene kan ikke generaliseres men de gir en indikasjon på problemer som er felles for informantene og sykepleiere på andre sykehjem kan ha liknende opplevelser

Konklusjon

Vurdering og oppdagelse av smerter hos pasienter med demens har usikkerhetslementer pga. vanske-

ligheter med å tolke pasientens uttrykk. Problemet forsterkes av manglende faglige basiskunnskaper, manglende spesifikke kunnskaper om demenssykdom samt manglende samarbeid innad i helsefaggruppen. Følgen kan være at smertebehandlingen kan bli tilfeldig med både over- og underbehandling som konsekvens.

Det å øke kunnskapen omkring oppfølging og behandling av smerte vil det kunne gi bedre livskvalitet for den enkelte person som har en demenssykdom. Sykepleiernes sensitivitet for smerter hos pasienter med demens kan utvikles gjennom faglig etterutdanning. Kartleggingsverktøy kan bidra,

men også at teamene setter av tid til å diskutere sine erfaringer med pasienter, samt samarbeid og fagkunnskaper. Et felles begrepsapparat vil også kunne bidra til bedre intern kommunikasjon. Det forutsetter at institusjonene legger til rette for at sykepleierne får mulighet til fagutvikling. Videre må lederne forvise seg om at ufaglært helsepersonell får nødvendig opplæring innenfor demens. Det flerfaglige samarbeid og samarbeid med pårørende er vesentlig, men kartleggingsverktøy kan også være et godt objektivt hjelpemiddel å ta med i vurderingen av smerter hos pasienter med langtkommen demens. ■

Referanser:

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Demensplan 2015 «den gode dagen». Oslo: Helse – og omsorgsdepartementet, 2007.
2. Engedal K, Haugen P.K. Demens- fakta og utfordringer. Tønsberg: Aldring og Helse, 2005.
3. Rokstad AM. Hva er demens? I: Rokstad AM, Smebye K L. (red.), Personer med demens. Møte og samhandling. (s. 39). Akribe AS: Oslo, 2008.
4. Leder D. The absent body. Chicago London, The University of Chicago press, Ltd, 1990.
5. Merleau-Ponty M. Kroppens fenomenologi, Oslo: Pax Forlag A/S, 1994.
6. CIPHER DJ, Clifford PA, Roper KD. Behavioral Manifestations of Pain in the Demented Elderly. Journal of the American medical 2006 vol. 7 PT s.335-365.
7. Engedal, K. God medisinsk behandling ved demens – utfordringer og muligheter. Omsorg 2013 (1): 33–37
8. Shega JW, Hougham GW, Stocking C.B, Cox-Hayley D, Sachs G.A. Management of Noncancer Pain in Community-Dwelling Persons with Dementia. The American Geriatrics Society. 2006;54:1892-1897.
9. Nygaard H.A, Jarland M. (2005). Kroniske smerter hos sykehjemspasienter –selvrapportering og sykepleiers vurdering. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1349–1351.
10. Nygaard H, Naik M, Ruths S, Straand J. Nursing home residents and their drug use: a comparison between mentally impaired residents. The Bergen District Nursing Home (BEDNURS) study. Eur J Clin Pharmacol, 2003; 59: 463–9.
11. Kovach C R, Noonan P E, Schlidt A M, Reynolds S, Wells T. The Serial Trial Intervention. An Innovative Approach to Meeting Needs of Individuals with Dementia. Journal of Gerontological Nursing, 2006; April, 32, 18–25.
12. Kongsgaard UE, Bruun Wyller T, Breivik H. Eldre trenger bedre smertebehandling. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128: 590–1.
13. Nortvedt L, Wiborg AG, Nitteberg IJ, Romsland G.I. Bruk av kartlegging sinstrument førte til at sykepleierne reflekterte mer over pasientens opplevelse av smerte. Sykepleien 2013 101(07):38-41
14. Knudsen LB, Larsen TA. Smerte- og smertevurdering hos sykehjemspasienter – en litteraturgjennomgang. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning 2010; 2, 6. årgang
15. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Universitetsforlaget, Oslo, 2003.
16. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2468- 2472.
17. Dahlberg K, Drew N, Nystrom M. Reflective Lifeworld Research. Studentlitteratur: Sweden, 2001.
18. Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo Gyldendal Akademisk, 2007.
19. Landsem I P. Sykepleierens tilgang til det smertefulle hos det svært for tidlig fødte barnet. Masteroppgave, Universitetet i Tromsø/ Tromsø, 2007.
20. Selbæk G. Atferdforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 12: 2954–2955.
21. Randhoff A H, Børdaahl B. Eldre og legemidler. I: Kirkevold M, Brodtkorb M, Ranhoff AH.(red.). Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten. (s. 157-165). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2008.
22. Shega J, Emanuel L, Vargish L, Lvine SK, Bursch H, Herr K, Karp J.F, Weiner D.K. Pain in Persons With Dementia: Complex, Common, and Challenging. The Journal of Pain, 2007; Vol 8, No 5, pp 373–378.
23. Songe-Møller S, Saltvedt I, Hølen J.C, Loge JH, Kaasa S. Smertemålinger hos eldre med kognitiv svikt. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1838–40.
24. Scherder E, Oostermann J, Swaab D, Herr K, Ooms M, Ribbe M, Sergeant J, Pickering G, Benedetti F. Recent developments in pain in dementia. BMJ 2005; 330; 461–464.
25. Ruths S, Straand J. Antipsykotiske midler mot uro ved demens – medisinsk behandling eller kjemisk atferdsregulering? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1672–5.
26. Sawyer P, Lillis JP, Bodner EV, Allman RM. Substantial Daily Pain Among Nursing Home Residents. Journal of American Medical Directors Association 2007; 8 PT 3 PP 158–165.
27. Leone AF, Standoli F, Hirth V. Implementing a Pain Management Program in a Long-Term Care Facility Using a Quality Improvement Approach. Journal of American Medical Directors Association 2009; vol 10 PT 1 PP 67–73.
28. Rokstad AM, Vatne, S. Dementia care mapping – en mulighet for refleksjon og utvikling. Sykepleien Forskning 2011; 6:28-34
29. Paulsen B, Harsvik T, Halvorsen T, Nygård L. Bemanning og kvalitet i sykehjem. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1500–1502.
30. Bourbonnais A, Ducharme F. The meanings of screams in older people living with dementia in a nursing home. International Psychogeriatrics 2010; 22, 7: 1172–1184
31. Førde R, Pedersen R, Nortvedt P, Aasland OG. Får eldreomsorgen nok ressurser? Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 12: 1913–1916.
32. Wannebo W, Sagmo L. Stort behov for mer kunnskap om legemidler blant sykepleiere i sykehjem. Sykepleien Forskning 2013; 1,8: 26–34



Landskonferanse 2014

NSF FGD

Helsefremming og forebygging, også i geriatrien?

Norsk Sykepleierforbunds Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens inviterer til innholdsrik landskonferanse neste år. Mer informasjon om konferansen får du i neste utgave av Geriatrisk sykepleie, men sett av datoene allerede nå. Tema for Landskonferansen 2014 er Helsefremming og forebygging, også i geriatrien?

20. og 21. mars 2014

Royal Christiania Hotel i Oslo.

Målgrupper:

Sykepleiere, hjelpepleiere, leger, fagutviklere, forskere, pårørende og allmenhet.





Bli medlem

Meld deg inn i NSF's Faggruppe for sykepleiere
i geriatri og demens, du også!

Vi er et slagkraftig fellesskap med mange medlemmer som brenner for fagområdet geriatri og demens. Om du ønsker å bli en del av vårt nettverk, bare fyll ut blanketten nedenfor og send den til vår medlemsansvarlige Gunhild Grythe.

INNMELDINGSBLANKETT

..... ønsker å bli medlem av NSF FGD

Adresse:

Postnr./sted:

e-postadresse:

Arbeidssted:

Medlemsnr. i NSF:

Kontingent: kr 300,- for 2013.

Pensjonister, medlem som ikke er i aktivt arbeid og sykepleierstudenter betaler 50 prosent av kontingent.

Legg innmeldingsblanketten i en konvolutt og send den til:

NSF/FGD, Gunhild Grythe, 2910 Aurdal.

Eller du kan sende en e-post med opplysningene til gunhil-g@online.no

