

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 brukerrektigheter, § 4a i pasient og brukerrektighetsloven 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.

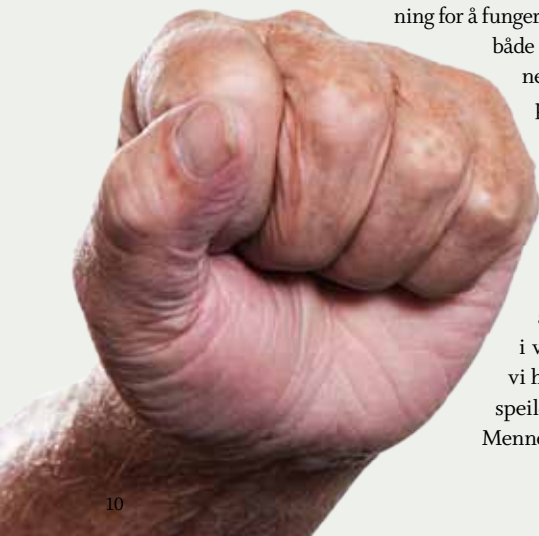
Krenkelsen av menneskeverdet er først og fremst noe som påfører den krenkede lidelse. Men selve det fenomen at krenkelser finner sted er også en krenkelse av menneskeverdet i seg selv. Gjerningspersoner krenker også sitt eget menneskeverd ved ikke å respektere andre ... (7, s. 22).

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 etterspurte 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 uunngåelig?

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

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, krenkelses, 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: Cappelens Forlag A/S; 2004. 400 s.
13. Testad, I., Ballard, C., Brønnick, 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.

Tønnesberg, 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. Balansegang 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?i=5700&C=i&D=2&mid=

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 eldre 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/Danainfo=septentrio.uit.no+1191>

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+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+variere+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/Danainfo=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 sykehjemsavdeling [elektronisk artikkel]. 2009 [hentet 2013-04-27]; 3 (2), s.7-10. Tilgjengelig fra: <https://itportalen.hib.no/Danainfo=www.aldringoghelse.no+ViewFile.aspx?itemID=i897>

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 helsepersonell. 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