



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum  
Avdeling for folkehelse  
**4AVS304**

Hanne Nordvik og Ida Kristine Nymoen  
Veileder Liv Ødbehr

**Fokus på miljøbehandling for å forhindre bruken av tvang/**

**Focus on environmental treatment to prevent use of  
restraint.**

Bachelor i sykepleie, 6.semester  
2.3.2012

Antall ord: 9041

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

*Pasienter som går og vandrer rundt i gangene, noen roper om hjelp, andre lurere på hvor mye klokken er. En pasient vil hjem, men han kommer seg aldri hjem. Dørene er låst, ingen som hjelper han ut, han blir sint og irritert og sykepleierne svarer bare tull i hans ører. Hvorfor er det ingen som vil hjelpe? Han skal da bare hjem å lage middag til sin familie. Pasienten blir aggressiv og begynner og slå rundt seg, sykepleieren føler seg maktesløs og vil ha situasjonen under kontroll. Sykepleieren følger pasienten til rommet sitt og gir klar beskjed om at han må være her nå. Pasienten blir fortvilet og begynner å gråte på rommet sitt og tenker, hva har jeg gjort? Hvorfor får jeg ikke møte familien min?*

*Skrevet av kandidatnummer 12 & 30*

## Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	4
1.1 Valg av tema.....	5
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	5
1.3 Anonymisering.....	6
1.4 Avgrensing.....	6
1.5 Oppgavens disposisjon.....	7
2. Metode.....	8
2.1 Valg av litteratur og kildebruk.....	8
2.2 Kildekritikk.....	10
3. Teori.....	12
3.1 Demenssykdom.....	12
3.2 Pasient- og brukerrettighetsloven.....	14
3.3 Kommunikasjon.....	15
3.3.1 Kommunikasjonsprinsipper.....	16
3.4 Miljøbehandling og miljøtiltak.....	17
3.4.1 Individuell tilpasset og spesifikke miljøtiltak.....	18
3.4.2 Aktivisering.....	19
3.4.3 Sansestimulering.....	20
4. Drøfting.....	22
4.1 Pasient- og brukerrettighetsloven og når samtykkekompetansen bortfaller.....	22
4.2 Kommunikasjon for å skape støtte og forståelse.....	23
4.3 Redusering av stress for å forhindre angst og uro.....	25
4.4 Aktivisering for å skape gode øyeblikk.....	26
4.5 Stimulere sanser for å forhindre uheldige situasjoner.....	28
5. Konklusjon.....	30
Referanseliste.....	31
Vedlegg 1.....	34

## 1. Innledning

På verdensbasis regnes det med at rundt 24 millioner mennesker har demens sykdom og ca. 60 % av tilfellene har typen Alzheimers sykdom (Brækhus, Dahl, Engedal & Laake, 2009).

Aldring er en høy risikofaktor for Alzheimers sykdom og spesielt etter fylt 75 år (Snoek & Engedal, 2008). I Norge regnes det med at rundt 70 000 personer har demens sykdom (Rognstad & Nåden, 2011). Vi ser stadig i media at levealderen i Norge øker og at vi vil få en vekst i antall eldre om noen år. Dette vil også føre til en økning av pasienter med demens.

Rokstad (2008) hevder at antall personer med demens vil være fordoblet innen år 2040. Dette vil by på utfordringer i helsesektoren. Regjeringen kom med stortingsmelding 25 (2005-2006) for å få en oversikt over framtidige utfordringer og fastlegge både kortsiktige og langsiktige strategier for hvordan å møte dem. De mener at det er viktig å utnytte perioden fram mot år 2020 for å forbedre og gjennomføre en gradvis utbygging av tjenestetilbudet.

Stortingsmelding 25 (2005-2006) oppsummerer tiltak for å møte utfordringene i omsorgsplan 2015, herunder kommer demensplan 2015 «den gode dagen». Målsettingen med demensplan 2015 «den gode dagen» er at den skal bidra til å styrke kvaliteten, kompetansen og kapasiteten i demensomsorgen. Demensplan 2015 «den gode dagen» vil bedre botilbudene og dagaktiviteter til personer med demens, de vil tilrettelegge boforholdene bedre og øke tilbudet til dagaktivitet til personer med demens. Det har frem til i dag blitt forsket lite på kunnskaper om årsaker, sykdomsutvikling og behandlingsformer for personer med demens, forskning er derfor et sentralt satsningsområde i regjeringens demensplan 2015 «den gode dagen». 10. april 2010 vedtok regjeringen stortingsmelding nummer 47, samhandlingsreformen «rett behandling- på rett sted- til rett tid» (2008-2009). Den ble innført fra 1. januar 2012 og skal gi helsetjenesten en ny retning å tenke. Samhandlingsreformen «Rett behandling- på rett sted- til rett tid» (2008-2009) skal fokusere på forebyggende helsearbeid framfor og bare reparere. Den vil flytte helsetjenester nærmere der folket bor. Det vil si at kommunene må bygge opp et bedre helsetilbud der pasientene bor. Dette skal være med på at kommunene skal klare å gi et tidligere tilbud enn hva de har klart fram til nå. Det er kjent problem at helsekøene kan være lange i kommunene, mange personer med demens får ikke det tilbudet de har behov for, grunnet for lite kapasitet. Samhandlingsreformen «rett behandling- på rett sted- til rett tid» (2008-2009) kan være positivt til personer med demens da dette skal øke helsetilbudet i hjem kommunen og kan bety at flere pasienter får botilbud.

Personer med demens er en kompleks pasientgruppe og kan føre til utfordringer i omsorgstjenesten (Snoek & Engedal, 2008). Bruken av tvang kan være et stort dilemma i demensomsorgen. Kirkevold og Engedal (2004) hevder i sin forskning at 45 % av pasienter i skjermete enheter ble utsatt for minst et tvangstiltak i uken og 65 % av tilfellene var ikke dokumentert. Dette kan framstå som at sykepleieren har manglende kunnskap om personer med demens.

## 1.1 Valg av tema

I følge skolens retningslinjer skal vi studenter skrive en avsluttende bachelor oppgave i sykepleie. Vi fikk utdelt tre temaer vi fikk velge mellom. Vi valgte «bruken av tvang i sykepleien til pasienter med demens». Vi mener dette er et viktig tema å belyse, grunnet det er en situasjon som de aller fleste sykepleiere kommer opp i. Det er også et tema som mange har ulike meninger og holdninger om, vi har erfart at ikke alle sykepleiere er like opptatt av holdninger rundt bruken av tvang. Vi har begge noe erfaring fra skjermet enhet for personer med demens og ønsker derfor å øke vår kunnskap om temaet. Vi har erfart at denne pasientgruppen kan være sårbar og vi er interessert å finne ut hvordan vi kan ha en positiv innvirkning på pasientene uten å bruke tvang.

## 1.2 Presentasjon av problemstilling

Vi har valgt en problemstilling ut i fra hvordan vi som sykepleiere kan møte personer med demens uten bruk av tvang. Problemstillingen tar for seg hvordan vi som sykepleiere bruker miljøbehandling til personer med demens. Vi velger også å skrive om kommunikasjon, da vi mener at god miljøbehandling ikke er optimalt uten kommunikasjon. Problemstillingen er relevant både for utdanningen og innenfor de rammene skolen har satt for denne oppgaven, men ikke minst videre i yrket som sykepleier. Vi har valgt å formulere problemstillingen slik:

*Kan sykepleieres fokus på miljøbehandling bidra til å forhindre bruk av tvang i skjermet enhet for personer med demens?*

### 1.3 Anonymisering

Anonymisering går ut på at informasjon ikke på noen som helst måte kan identifisere enkeltpersoner gjennom indirekte opplysninger som tid, sted eller annen bakgrunnsinformasjon, eller direkte opplysninger som navn eller personnummer (Dalland, 2007). Der vi i oppgaven viser til våre erfaringer har vi holdt opplysningene anonymisert ved å omtale personene som pasienter eller han/hun. I tillegg nevner vi ikke hvor våre erfaringer er fra og når hendelsene fant sted.

### 1.4 Avgrensing

Retningslinjene til denne oppgaven setter en del avgrensinger som ord og tid. Vi har valgt å ta utgangspunkt i personer med demens i skjermet enhet. Vi har valgt å presentere generell teori om demens sykdom og går mer i dybden om Alzheimers sykdom. Vi gjorde dette grunnet det ikke var tid til å fordype oss i alle typene av demens sykdom. Alzheimers sykdom vil ikke spille en viktig rolle generelt i oppgaven, da det vi skriver om kan brukes til alle personer med demens sykdom. Vi ønsker å komme fram til om sykepleiers fokus på miljøbehandling kan forhindre bruk av tvang til personer med demens. Vi har valgt å skrive om kun noen få typer miljøtiltak innenfor miljøbehandling, da det ikke er ord eller tid nok til å ta for seg alt. Miljøtiltakene vi ønsker å benytte i pasientsituasjoner vil bli presentert i underkapitler i kapitlet om miljøbehandling og miljøtiltak. Vi vil også skrive en del om kommunikasjon. Dette begrunner vi med at vi ønsker å trekke dette inn i miljøbehandlingen. Men det er ikke kommunikasjon som er hoved emnet til å forhindre bruken av tvang. Vi ville ta med dette grunnet vi synes det har en sentral rolle uansett hvilken behandling personer med demens får. Vi har valgt å trekke inn Kari Martinsen (1990) sin tenkning om tillit til pasienter og bruken av svak paternalisme. Hennes tenkning om tillit til pasienter med demens er noe vi synes er viktig fordi disse pasientene er i en sårbar og utsatt situasjon. Pårørende er en viktig resurs og støtte til personer med demens, men dette vil ikke bli belyst i denne oppgaven. Vi vil videre belyse pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 og kapittel 4A, disse har en sentral rolle i demensomsorgen for og ikke gjøre overtramp på pasientenes rettigheter og autonomi. Vi har valgt og ikke å fokusere på hva som skjer når sykepleieren benytter tvang i demensomsorgen.

Vi føler dette komme utenfor vår problemstilling. Oppgaven vår vil ta for seg hva sykepleieren kan bruke av miljøbehandling og miljøtiltak for å forhindre bruken av tvang.

## 1.5 Oppgavens disposisjon

Etter innledning har vi delt opp oppgaven i tre kapitler, som består av metodedel, teoridel og drøftingsdel. I metodedelen redegjøres det for søk av litteratur og forskning, kildebruk og kildekritikk. Teoridelen tar for seg i starten en generell teori om demens sykdom og Alzheimers sykdom, deretter vil det komme teori om lovverk om bruken av tvang, kommunikasjon og om hva miljøbehandling er og miljøtiltak. I siste del vil vi drøfte vår teori og egne erfaringer opp mot vår problemstilling og til slutt komme med en konklusjon til vårt spørsmål.

## 2. Metode

Olav Dalland (2007) har i sin bok «Metode og oppgaveskriving for studenter» et sitat skrevet av Vilhelm Aubert. Han beskriver:

*En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metode* (1985:196) (Dalland, 2007). En metode er en fremgangsmåte for å komme frem til ny kunnskap.

Olav Dalland (2007) sier også noe om hva et litteraturstudium er:

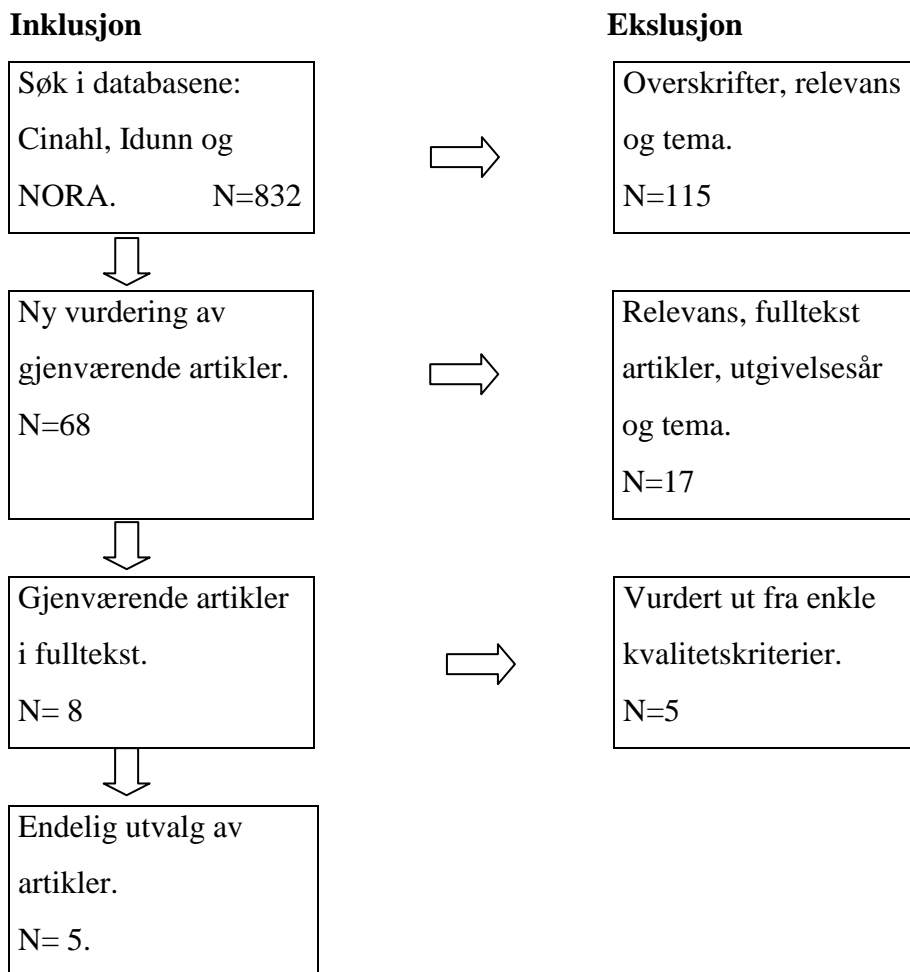
*Litteratur er et viktig grunnlag i alle studentoppgaver. Det er den kunnskapen oppgaven tar sitt utgangspunkt i, og som problemstillingen skal drøftes i forhold til* (Dalland, 2007). En litteraturstudie er en kritisk gjennomgang av skriftlige kilder som skal sammenfattes til en diskusjon.

### 2.1 Valg av litteratur og kildebruk

Vi har valgt å trekke inn fem forskningsartikler for å belyse vår teori. For å finne forskningsartikler til denne oppgaven brukte vi Høgskolen i Hedmark sin hjemmeside for å finne ulike databaser vi kunne bruke. Vi har brukt MESH termene: environmental treatment and restraint, dementia and welfare. Følgende fritekstsøkeord ble brukt: communication and dementia, Alzheimer og miljøtiltak, demens, bruk av tvang. Gjennom litteratursøket ble det funnet 832 artikler som omhandlet demens (se tabell 1.).



Tabell 1. Artikkelsøk, flytskjema.



### Framgangsmåte ved utvalgte artikler.

*Trinn 1.* De generelle inklusjonskriteriene var at studiene måtte ha engelsk, norsk eller dansk språk, ha abstrakt tilgjengelig, måtte være publisert mellom 2005 – 2012, samt at de måtte ha en klar redegjørelse for hensikt, design og metode

*Trinn 2.* Videre seleksjon av artikler (n=68) ble gjennomført på bakgrunn av forfatter, relevans og tema, sykehjem, og utgivelsesår og til sammen 17 ble eskalert fra studien. Det innebar at studier fra hjemmesykepleien ikke ble tatt med, fordi temaene er på siden av fokuset for denne litteraturstudien.

*Trinn 3.* Ny vurdering av gjenværende artikler. Alle artiklene (n=8) ble videre gransket i lys av kvalitetskriteriene, sykehjem, alder og demensomsorg. Studier som var mangelfulle i forhold til flere av kvalitetskriteriene eller med manglende relevans, ble valgt bort. Endelig utvalg av artikler som omhandlet temaet tvang i sykehjem ble deretter gjort.

Vi valgte ut 5 artikler for videre studier, Rognstad & Nåden, 2011, Kirkevold & Engedal, 2004, Jootun & McGhee, 2011, Blackhall, Hawkes, Hingley & Wood, 2011, Bergland & Kirkevold, 2010. Alle artiklene var forskningsartikler hentet fra anerkjente tidsskrift og som omhandlet temaet tvang i demensomsorgen. En av artiklene hadde fokus på utfordringer og kompetanse heving i demensomsorgen, Rognstad & Nåden, 2011. En artikkel handlet om årsakene til bruken av tvang til personer med demens sykdom og hvor godt dette ble dokumentert, Kirkevold & Engedal, 2004. To av artiklene hadde fokus på hvilke ferdigheter som trengs for å få til en effektiv kommunikasjon til personer med demens, Jootun & McGhee, 2011 og Blackhall, Hawkes, Hingley & Wood, 2011. En artikkel omhandlet hva som fremmer trivsel og velvære til personer med demens, Bergland & Kirkevold, 2010.

Vi har brukt selvvalgt litteratur og faglitteratur for å svare på problemstillingen. Den selvvalgte litteraturen er; hefte om demens sykdom skrevet av Brækhus, Dahl, Engedal & Laake (2009). Martinsen (1990) og Kristoffersen (2005) er to bøker vi har brukt for å finne teori om teoretiker Kari Martinsen. Vi valgte Kari Martinsen i vår oppgave fordi vi synes hun beskriver begrepet tillit og hvordan hun mener sykepleie skal utføres. Vi mener at dette har innvirkning når man som sykepleiere skal utføre miljøbehandling og miljøtiltak til personer med demens. Simonsen (2008) handler om personer med demens og hvordan å få til en bedre hverdag, denne har vi brukt til å skrive om realitetsorientering og validering. I Skovdahl (2010) fant vi teori om taktilberøring og hvordan dette skal utføres og hvorfor. Rokstad & Smebye (2008) handler om møte og samhandling til personer med demens. Denne boken har vi brukt gjennom hele skriveprosessen. Den handler om personer med demens og tar for seg et kapittel om miljøbehandling og bruken av tvang. Gjennom BIBSYS søkte vi gjennom hele bibliotekbasen til Høgskolen i Hedmark. Det var mye litteratur som var bortbestilt og reservert når vi søkte litteratur. Vi bestilte da ifra andre biblioteker og fikk derfor litteraturen vi søkte etter.

## 2.2 Kildekritikk

Kritikk er metoder som blir brukt for å fastslå om en kilde er sann (Dalland, 2007). Dalland (2007) skriver videre at kildekritikk skal vise at man er i stand til å forholde seg kritisk til det kildematerialet man bruker i oppgaven, og hvilke kriterier man har benyttet under utvelgelsen.

Det handler om å finne frem til den litteraturen som best mulig kan belyse problemstillingen og gjøre rede for litteraturen som har blitt brukt i oppgaven.

Vi har i denne oppgaven vurdert og karakterisert de kildene som vi har funnet og benyttet oss av i denne oppgaven. Vi har valgt å bruke pensumlitteratur som er anbefalt av Høgskolen i Hedmark, noe som vi mener at vi kan anse den som pålitelig.

Vi har vært kritiske til valg av teori om Alzheimers sykdom, kommunikasjon og miljøtiltak fordi mange av teoribøkene kan være av eldre dato. Disse temaene blir stadig forsket på og man kommer frem til nyere data, derfor vil vi bruke den nyeste litteraturen. I følge Dalland (2007) skal en oppgave først og fremst inneholde originale kilder og førstehåndskilder som er publisert med hovedforfatteren. Slike kilder skal kunne gi ny kunnskap om temaet, og metoden skal kunne kontrolleres og etterprøves.

Vi har også vært kritiske i valg av forskningsartikkel. Vi har sett på utgivelsesdato, database, hva slags metode forfatterne har brukt, hvor relevant artikkelen er i forhold til problemstillingen og til den daglige yrkesutøvelsen som sykepleiere. I to av forskningsartiklene vi har benyttet i oppgaven, har det blitt brukt informanter som metode. Dette har vi vært kritiske til grunnet det vil være et begrenset antall personer og det kommer ikke fram hvor stor interesse informantene har for faget. Det er derfor ikke sikkert at resultatene i denne forskningsartikkelen er slik for resten av helsesektoren.

### 3. Teori

Teoridelen vil starte innledningsvis med teori om Demens. Dette er for å gi en forståelse for pasientgruppen og situasjonen. Deretter kommer det relevant teori om pasientrettighetsloven kapittel 4, 4A og om teoretiker Kari Martinsen sitt syn om paternalisme. Så vil vi presentere kommunikasjon og ulike prinsipper innenfor dette emnet. Til slutt vil det komme teori om hva miljøbehandlingen innebærer og ulike miljøtiltak.

#### 3.1 Demenssykdom

Engedal & Haugen (2009) definerer demens som:

et syndrom som skyldes sykdommer etter skader som primært påvirker hjernen, som vanligvis er av en kronisk eller progressiv karakter, kjennetegnet ved svikt i en rekke høyere kortikale funksjoner som hukommelse, orientering, evne til å oppfatte og tenke, innlæring, språk, regning og dømmekraft. Den kognitive svikten er ledsaget av svikt i emosjonell kontroll, sosial atferd, endret personlighet eller motivasjon. (s. 17).

Demens sykdom er en fellesbetegnelse for en gruppe hjernesykdommer som fortrinnsvis opptrer i høy alder og som fører til symptomer som hukommelsessvikt, sviktende handlingsevne, sviktende språkfunksjon, endring av adferd og personlighetsendringer (Brækhus, Dahl, Engedal, & Laake, 2009, s. 3). Det fins ulike former for demens sykdom, de vanligste typene er Alzheimers demens, vaskulær demens, alkoholisert demens og frontallapps demens (Hummelvoll, 2004). Demens sykdom er delt opp i tre trinn, mild-, moderat- og alvorlig demens. Mild demens påvirker evnen til å klare seg i dagliglivet, men personen kan fortsatt delvis klare seg en del alene. Moderat demens kan pasienten ikke lenger klare seg uten hjelp av andre og ved alvorlig demens trenger pasienten kontinuerlig tilsyn og pleie (ibid.). Det vil skje en gradvis forverring av sykdommen og man blir mer og mer avhengig av andre (ibid.). Alzheimers sykdom er den som forekommer hyppigst. Alzheimers sykdom oppstår når proteinfibre tvinner seg om hverandre, ved at proteinet beta-amyloid ødelegger nerveutløperne og ved at det oppstår ekstracellulært mangel på kjemiske signalsubstanser som svekker overføringen av signaler i den synaptiske spalte (Brækhus et al.,

2009). Det finnes ingen behandling som kurerer eller stopper Alzheimers sykdom i dag, men man kan bremse utviklingen med disse legemidlene: Aricept, Exelon og Reminyl (ibid.). Det første tegnet til Alzheimers sykdom er redusert hukommelse. Man ser også manglende evne til å utføre en samtale og utføre dagligdagse gjøremål, Alzheimers sykdom utvikler seg gradvis gjennom år (ibid.). Man deler Alzheimers sykdom inn i to under grupper, tidlig debut og sen debut (Simonsen, 2008). Tidlig debut vil si at sykdommen utvikles før 70-års alder.

Kjennetegnene som redusert hukommelse som vises ved rom- og retningsproblemer, tegn til apraksi eller tegn til motorisk språksvikt er vanlig. Oppstår sykdommen tidlig kan man se en raskere progresjon og et mer sammensatt sykdomsbilde. Ved sen debut utvikles sykdommen etter 70-års alder og vises ved at man i startfasen er preget av sviktende hukommelses- og tidsorienteringsevne, med økende progresjon kommer også de andre symptomene som sviktende romorientering, apraksi og ordlettingsproblemer (ibid.).

Pasienter med Alzheimers sykdom kan ha en støyende og utagerende voldelig atferd. (Simonsen, 2008). Årsakene til aggresjon hos personer med demens er komplekse. Ulike typer og stadier i sykdomsforløpet, personlighetstype, delirium, manglende forståelse av egen svikt, sviktende samhandling mellom pasient og miljø, miljøfaktorer pasienten lever under og angstnivået hos pasienten spiller en rolle på aggresjonen. Fysisk aggresjon, vrangforestillinger og motorisk og verbal uro er de tingene som blir sett på som de største atferdsproblemer til personer med Alzheimers sykdom (Snoek og Engedal, 2008).

Aggressiv og utagerende atferd kan være vanskelig for både pasientens nærmeste og sykepleieren som skal yte god omsorg og samarbeide (Snoek & Engedal, 2008). Forskning viser at det er store utfordringer i demensomsorgen ved pasienter med utagerende atferd (Rognstad & Nåden, 2011). Forskningen hevder at sykepleierne følte seg mislykket i samhandling når pasientene slo, sparket, kløp og spyttet (ibid.). Teoretiker Kari Martinsen (2005) ytrer at omsorg er grunnlaget for samhandling og sykepleie. Hun mener at sykepleie er preget av engasjement, innlevelse, moralsk og faglig vurdering, dette er grunnsteinen for å ytre god omsorg for enkelt individet (Kristoffersen, 2005).

## 3.2 Pasient- og brukerrettighetsloven

I de senere år har det kommet flere rapporter og undersøkelser som viser at det foregår en ikke ubetydelig ulovhjemlet bruk av tvang i demensomsorgen (Johnsen & Smebye, 2008).

Forskning hevder at 45 % av pasientene på skjermede enheter ble utsatt for minst ett tvangstiltak i løpet av en uke (Kirkevold & Engedal, 2004). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) forteller sykepleiere hvilke rettigheter pasienten har til helsehjelp. Denne loven skal være en pekepinn og et hjelpemiddel for at pasienten skal få den hjelpen han/hun har krav på og at bruken av tvang ikke skal benyttes unødvendig. En enkel definisjon av tvang i juridiske sammenhenger er at tvang er fravær av samtykke (Johnsen & Smebye, 2008, s. 210).

I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) kapittel 4, så foreligger det i utgangspunktet alltid samtykkekompetanse hos den enkelte. Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemmede åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 4-3 er det den som yter helsehjelp som avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke. Helsepersonellet skal ut ifra pasientens alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelp.

Kapittel 4A tråd i kraft 1.januar 2009, der det ble tatt for seg nye regler for bruk av tvang til personer med demens og andre pasienter som mangler samtykkekompetanse. Hensikten med denne loven er å redusere bruken av tvang og makt ved hjelp av tillitsskapende tiltak (Johnsen & Smebye, ). Kapittel 4A (1999) beskriver at tre komponenter må være til for at tvang skal være aktuelt. Pasienten må motsette seg helsehjelp, pasienten mangler samtykkekompetanse og at helsehjelp anses som nødvendig. Det må også antas at pasienten ville takket ja til hjelp hvis vedkommende hadde hatt samtykkekompetanse. For å kunne utøve tvang må den som yter helsehjelp vurdere konsekvensen av at helsehjelpen ikke blir gitt, konsekvensen må være vesentlig helseskadelig til pasienten det gjelder (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Kari Martinsen (1990) mener at sykepleieren må bruke det faglige aspektet for å hjelpe pasientene på best mulig måte. Sykepleierens oppgave og ønske er å gå inn i relasjoner for å gagne den

enkelte pasient best mulig, herunder hindre at han skader seg, Martinsen (1990) skriver at dette kan beskrives som svak paternalisme.

### 3.3 Kommunikasjon

I dagligspråket bruker vi mennesker begrepet kommunikasjon om en rekke fenomener, fra personlige samtaler med en eller flere personer til chatting på internett (Eide & Eide, 2007). Når sykepleiere skal kommunisere blir det ikke som dagligspråket, helsefaglig kommunikasjon er basert på yrkets verdigrunnlag og kalles profesjonell kommunikasjon. Profesjonell, helsefaglig kommunikasjon bør per definisjon alltid være hjelpende, i den forstand at den er både faglig velbegrunnet og til hjelp for den andre (Ibid., s. 18). Vi belyser kommunikasjon grunnet at vi mener det har en stor del i demensomsorgen og miljøbehandling.

Kommunikasjon med personer med demens kan være svært utfordrende, da pasienten ofte ikke klarer å gjøre seg forstått eller forstå hva sykepleieren sier (Eide & Eide, 2007). Å gjøre seg forstått til personer med demens er en viktig del av omsorgen, derfor vil den nonverbale kommunikasjonen være viktig i demensomsorgen. Nonverbal kommunikasjon vil si kroppsspråket. En stor del av kommunikasjon er nonverbal, og det må fortolkes og kan ofte bli tolket feil (ibid.). Godt nonverbalt språk kan gjøre at man kan komme tettere innpå personer med demens og skape tillitt. Dette kan bidra til bedre samhandling mellom pasienten og sykepleieren, og kan være med på å unngå bruk av tvang. Kari Martinsen (1990) mener tillitt er en viktig faktor i sykepleie. Hun skriver den forbeholdne tillitt pasienten viser sykepleieren, må hun vise seg verdig til å motta. Da først vil pasienten våge seg fram, gi noe av sine problemer i den andres hånd. Sykepleieren må være oppriktig interessert i den andre, hvis våres interesse oppleves som uekte, vil det bli mistillit (Martinsen, 1990). Det er med andre ord et responderende språk. Det forteller noe om begge parter i en dialog, og ikke minst om relasjonen mellom partene. Det er derfor viktig å lytte aktivt til den andres nonverbale språk, slik at man oppfatter den viktige informasjonen som vedkommende uttrykker. Til pasienter med demens kan nonverbal kommunikasjon ofte være lettere å oppfatte enn den verbale kommunikasjonen (Eide & Eide, 2007). Forskning tyder at flertallet av kommunikasjon er nonverbal, kun 7 % blir kommunisert verbalt, mens resterende 93% er

kommunisert nonverbalt. Den forteller at ved god nonverbal kommunikasjon vil det bli lettere med samhandling til personer med demens (Jootun & McGhee, 2011).

### 3.3.1 Kommunikasjonsprinsipper

I tradisjonell faglitteratur om kommunikasjon og personer med demens er det ofte referert til tre innfallsvinkler: realitetsorientering, reminisens og validering. Disse er til dels systematisk utformet og kalles derfor terapi (Eide & Eide, 2007). Vi velger å belyse disse kommunikasjonsprinsippene grunnet vi vil bruke de i møte med personer med demens, for å komme inn på pasientene og unngå bruk av tvang.

Realitetsorientering er en kommunikasjonsform som har som mål å være orienterende og informasjonsgivende (Simonsen, 2008). Realitetsorientering består i å møte pasienten der han/hun er i tid og sted, for å så føre vedkommende tilbake i nåtid (ibid.). Ved mild form av demens sykdom vil pasienten gjøre seg godt nytte av realitetsorientering fordi tenkeevnen er relativt godt intakt, og ønsket om selv å holde seg orientert er tilstede. Men man bør unngå å legge opp spørsmål som kan føre til nederlagsfølelse. Ved alvorlig grad av demens sykdom kan realitetsorientering oppleves som total overkjøring og bør derfor unngås (Hummelvoll, 2004).

Reminisens er en annen kommunikasjons metode der man prøver å framkalle minner hos personer med demens, det vil si minneaktivitet (Hummelvoll, 2004). Denne metoden betinger at sykepleieren kjenner til personens tidligere liv (ibid.). Sykepleieren starter en samtale med å snakke om minner pasienten kjenner seg igjen i, man kan bruke gjenstander eller historier som pasienten er godt kjent med for å få hukommelsen på gli, dette gjøres for å komme fram til her og nå- situasjonen. Hensikten med denne metoden er at den skal føre til bearbeiding av minner, øke selvfølelsen og gi opplevelsen av å ha en positiv egenverdi (ibid.). Minnearbeidet skal føre til at personer med demens får tillitt til sammenheng mellom hendelser i livet, det vil styrke mestringsfølelsen til pasienten og følelse av samhørighet med andre styrkes. Gjennom dette forsterkes opplevelsen av egen verdig og integritet (ibid.).



Validering er en kommunikasjons metode der man tar fokus på personer med demens sine følelser og tanker (Hummelvoll, 2004). Dette innebærer at sykepleieren tar pasienten sine følelser på alvor og aksepterer slik vedkommende er og slik pasienten opplever virkeligheten (Simonsen, 2008). Sykepleieren må unngå å drøfte realiteter og heller bekrefte pasienten ved å spørre om følelser som savn, lengsel og tap (Hummelvoll, 2004). Denne kommunikasjonsmetoden bør brukes ved moderat og alvorlig grad av demens, grunnet at pasienten beveger seg i et landskap der følelser og stemninger oppleves sterkt (ibid.). Forskning beskriver validering der sykepleieren ikke prøver å få pasienten i virkeligheten når det gjelder datoer eller klokkeslett, men utforsker den underliggende meningen av pasientens adferd og tale (Blackhall, Hawkes, Hingley & Wood, 2011). Denne tilnærmingen kan gi pasienten en mulighet til å forstå hva som kan synes å være forvirrende og upassende oppførsel (ibid.)

### **3.4 Miljøbehandling og miljøtiltak**

Miljøterapi defineres som en form for behandling der hovedvekten legges på de terapeutiske prosesser som kan mobiliseres og igangsettes i det miljøet pasienten befinner seg i (Egidus, 2000, s. 325). Miljøterapi og miljøbehandling brukes synonymt (Rokstad, 2008). Miljøbehandling innebærer en tilrettelegging av pasientens omgivelser og forhold som brukes aktivt i dagliglivet. Dette kan være eksempler som måltider, egenpleie, aktiviteter og balanse mellom søvn og hvile og stimulering (ibid.). For å utføre god miljøbehandling til personer med demens trenger sykepleieren kunnskap om å gjennomføre dette riktig (Bergland & Kirkevold, 2010). Miljøbehandling er en aktivitetsrettet form for behandling som tar generelt sikte på å bedre pasientens kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter, og som innebærer å bedre pasientens selvfølelse og opplevelse av mestring (Rokstad, 2008). Hovedmålet med miljøbehandling til pasienter med demens er å sette den enkelte i stand til å bruke sine ressurser maksimalt og bidra til å opprettholde selvstendighet så lenge som mulig. Skape glede og trivsel er også viktige mål i miljøbehandling (ibid.). Miljøbehandling benyttes i økende grad i demensomsorgen for å dempe uro (Bergland & Kirkevold, 2010). Ved å dempe uro kan bruken av tvang minskes.

Rokstad (2008) beskriver fem avgjørende elementer i et terapeutisk miljø, disse er trygget, struktur, støtte, engasjement og gyldiggjøring. Å skape trygghet i miljøet for personer med demens er en balanse mellom behovet for å kompensere for sviktende funksjon ved å ta viss styring og kontroll over pasientens aktivitet, og ikke legge større restriksjoner på pasienten enn nødvendig. Dette må også veies opp mot personens autonomi. Å sikre trygghet i det psykososiale planer er det viktig å være oppmerksom på tilløp til uro eller irritabilitet, slik at man kan gjøre forebyggende tiltak før uroen eskalerer og skaper utrygghet for pasienten og miljøet. Struktur innebærer forutsigbarhet på flere områder. Strukturen skal gi holdepunkt for døgnrytme, aktivitetsplan for dagen, og muligheten for meningsfylt aktivitet. Aktiviteter og rutiner må balanseres for å kunne møte pasientens individuelle behov. Støtte bygger på opplevelsen der pasienten føler omsorg og forståelse. Støtte har målet å redusere angst og bidra til oppleve tillitt, trygghet og egenverdi. Ved manglende støtte vil en se lettere tilløp til utfordrende adferd. Kommunikasjon er en avgjørende forutsetning for at pasienten opplever støtte og forståelse. Å bidra til engasjement innebærer at en lar pasienten få være aktiv i omgivelsene og samhandle med miljøet. Personalet kan ta utgangspunkt i forhistorier, ressurser og sosiale roller, og hjelpe pasientene til å etablere kontakt seg i mellom. Gyldiggjøring innebærer å forsterke pasientens individualitet og krever en individuell plan for oppfølging og behandling. Behandlingsopplegget har tilpasninger og har definerte mål, tiltak og evalueringer. Adferden til pasienten må ikke ignoreres eller avfeies men heller se det på en måte der pasienten prøver å kommunisere. Utfordringer ligger i å forstå hva som ligger bak pasientens uttrykk, og i å imøtekomme det behovet som ligger der (Rokstad, 2008).

### **3.4.1 Individuell tilpasset og spesifikke miljøtiltak**

I individuell miljøbehandling vektlegges identitetsbevarende tiltak, kontakt og samspill, stimulering, skjerming og tilrettelegging for mestring (Rokstad, 2008). Individuell behandling må planlegges og gjennomføres på bakgrunn av det sykepleieren vet om pasientens behov og ressurser (ibid.). God behandlingsplan er en bred kartlegging som ikke bare tar fokus på pasientens kognitive og praktiske svikt, men også om pasientens nettverk, historie, personlighet og fysiske og psykiske helse. Informasjonsinnhenting innebærer bakgrunnsdata, samtaler og observasjoner i miljøet. Det er viktig med bred informasjonsinnhenting for å sikre at behandlingsplanen blir best mulig tilrettelagt for

pasienten (ibid.). Forskning hevder at stressterskelen til personer med demens reduseres med sykdomsutviklingen, de blir i dårligere stand til å motta og håndtere informasjon og stimuli fra omgivelsene (Bergland & Kikrevold, 2010). Når stressterskelen til personer med demens overskrides, kan pasientene få angst og utagerende adferd (ibid.). Der er derfor viktig å individualisere behandlingen til pasienten. De mener at utfordrende adferd til personer med demens er et resultat av et behov som ikke er møtt (ibid.).

Spesifikke miljøtiltak kan organiseres som en gruppeaktivitet, eller det kan gjennomføres som et tilbud til en enkelt pasient med en varighet og innhold som er tilpasset den enkelte (Rokstad, 2008). Når spesifikk miljøbehandling innarbeides kan det bidra til pasientens trivsel og velvære (ibid.). Eksempler på spesifikke miljøtiltak kan være i matsituasjoner, der man kan gjennomføre måltidene etter faste rutiner og tidspunkt, og tilrettelegging slik at pasienten klarer mest mulig selv (ibid.).

### 3.4.2 Aktivisering

Aktiviteter hører naturlig med i tilrettelegging av behandlingsmiljøet til personer med demens og kan brukes til dagliglivets gjøremål, som egenpleie, måltider og hendelser i avdelingen (Rokstad, 2008). Aktivitetene kan være hobbyer og fritidssysler, eller mer nytteverdi som stell av hage og hus. Demens sykdommen kan påvirke pasienten til selvstendig aktivitet og vanskeligheter med å danne seg et godt overblikk over aktiviteten, men pasientene har fortsatt behov for å være aktiv (ibid.). Ved aktiviteter til personer med demens er det viktig at det ikke er store forstyrrelses elementer til stede, dette vil kanskje ta vekk fokuset til personer med demens og skape uro (ibid.). Hensikten med aktivisering er å gi innhold i hverdagen, gi opplevelser, observere ressurser og funksjonssvikt, avlede fra sorg og smerte, vedlikeholde ferdigheter, stimulere sansene, trene, dempe uro, gi sosialt samvær, skape glede og skape tilhørighet (ibid.). Tiltak som fremmer disse punktene til personer med demens kan være med på å skape en bedre hverdag for pasienten og unngå uheldige situasjoner med utagerende adferd og bruk av tvang.

Under matsituasjoner viser forskning at ved servering av måltider som er institusjonspreget, som bruk av serveringsbrett førte til mer uro. Men hvis man serverte måltidene i « hjem- og

familielignende» omgivelser økte inntaket av mat, bedre sosialkontakt og kommunikasjon (Bergland & Kirkevold, 2010).

Trygge områder er viktig å tilpasse for personer med demens (Rokstad, 2008). Ved å tilrettelegge trygge uteområder der pasientene kan gå ute virket positivt på adferden til personer med demens (Bergland & Kirkevold, 2010). Artikkelen skriver også ved at beboere tilbrakte tid ute minsket bruken av medikamenter (ibid.). Under tilrettelagte uteområder til personer med demens kan sykepleieren hindre at pasienten begynner og vandre og blir utagerende, slike situasjoner kan sette sykepleieren i situasjoner der avgjørelser må bli tatt uten pasientens ønske.

### 3.4.3 Sansestimulering

Sansestimulering er en tilnæringsmetode med hensikt for å forebygge sansedeprivasjon hos institusjonaliserte eldre med demenssykdom (Rokstad, 2008). Eksempler på sansestimulering er sanserom, bruk av musikk, kjæledyr og taktil massasje. Sanserom er innredet for å stimulere sansene gjennom bruk av ulike lyskilder og tekstiler, lyder og musikk, dufter, gynger, vibrasjon og berøring (ibid.). Forskning hevder at innredning av enheten er en viktig del under miljøbehandling til personer med demens (Bergland & Kirkevold, 2010). Rom med for mye stimuli kan virke negativt inn på pasienten (ibid.). Avdelinger der beboere kommer inn til fellesrom når de kommer ut av eget rom har vist seg å forbedre orienteringsevnen (ibid.). Fellesrom bør innredes slik at det ikke skal bli for mye stimuli til pasienten, veggene bør være nøytrale, stuen hjemmekoselig og ikke bære preg av institusjon (ibid.). Personlige gjenstander inn på beboerens rom bidro også til økt gjenkjenning (ibid.).

Musikk kan brukes som sansestimulering. Musikk kan brukes i mange former, både som gruppeaktivitet og i individuell sammenheng. Målet med bruk av musikk er å stimulere til sosial deltagelse, redusere stress og uro, stimulere positive opplevelser og vekke minner (Rokstad, 2008). Noe som kan være med på berolige pasienten for å unngå skjerming og bruken av tvang. Pasienter med redusert verbal språkevne vil ha effekt av de språklige stimuli som finnes i musikken (ibid.). Gjennom å knytte musikk til minner vil pasienten få styrket sin identitet og sin opplevelse av egenverdi (ibid.).

Taktilberøring kan bli brukt som sansestimulering til personer med demens. Taktilberøring er en massasjeform med bevisst og strukturert berøring av hender, ben og skuldre, som aktiverer huden og produksjon av hormonet Oxytocin (Skovdahl, 2010). Hormonet Oxytocin aktiverer vårt «fred og ro» system, dette gir en fullstendig avslapping, den høyner vår smerteterskel, øker kroppsfølelsen, sirkulasjonen og blodsirkulasjonen og forbedre mave- og tarmfunksjonen (ibid.). Behovet for berøring øker ved sykdom, skader og funksjonshemming. Berøring er en viktig del i behandlingen av symptomer (ibid.). Taktilberøring kan være et tiltak man kan bruke til utagerende pasienter, slik at de kan bli roligere og man unngår større tiltak som tvang. Det er ikke alle personer som liker å være nær andre mennesker og bli tatt på, derfor må sykepleieren huske at taktilberøring ikke passer til alle (ibid.).

## 4. Drøfting

Spørsmålet vi ønsker å besvare med denne oppgaven er: kan sykepleieres fokus på miljøbehandling bidra til å forhindre bruk av tvang i skjermet enhet for personer med demens? For å besvare dette spørsmålet beste mulig har vi valgt å dele drøftingen vår i 5 kapitler. Drøftingen vår vil bestå av ulike teoretiske perspektiv, forskning samt refleksjoner i forbindelse med våre egne erfaringer.

### 4.1 Pasient- og brukerrettighetsloven og når samtykkekompetansen bortfaller

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) regulerer i kapittel 4 samtykkespørsmålene innen norsk helserett. Norsk helserett baserer seg på respekt for pasientens autonomi og selvbestemmelse, og ut i fra pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 4-1 kreves det i utgangspunktet samtykke fra pasienten dersom en skal ha juridisk grunnlag for å yte helsehjelp (Johnsen & Smebye, 2008). Et problem innen demensomsorgen er at en del pasienter på grunn av sin sykdom har redusert evne til selvbestemmelse og autonomi. Reglene om dette er nedfelt i lovens § 4-3 (ibid.). Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av sin sykdom åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykke omfatter. Det er den som yter helsehjelp som avgjør om pasienten mangler samtykkekompetanse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Sykepleieren må vurdere hver enkelt situasjon om pasienten kan bevare sin autonomi, dette mener vi er nødvendig for å kunne gi god og nødvendig helsehjelp til personer med demens. I pasient- og brukerrettighetsloven (1999) kapittel 4A sies det at det alltid skal være prøvd tillitsskapende tiltak før tvang eventuelt kan bli benyttet. Det er viktig at sykepleieren tar seg tid og prøver tillitsskapende tiltak i situasjoner der bruken av tvang blir et spørsmål. Vi har erfart fra praksis at noen sykepleiere kan ha dårlig holdninger når det kommer til bruken av tvang. De kan ofte bruke unnskyldninger som at de ikke har tid eller at det ikke er nyttig å bruke tillitsskapende tiltak. Vi synes det er viktig at arbeidsplassen tar opp slike holdninger og meninger. Ved at arbeidsplassen kan diskutere i plenum om hvilke holdninger de skal ha, øke kunnskapen om tillitsskapende tiltak og om personer med demens, kan det være med på å kvalitetssikre helsehjelpen. Forskning hevder at sykepleiere trenger kompetanseheving for at pasientens

verdighet som menneske skal kunne ivaretas (Rognstad & Nåden, 2011). Sykepleierne som ble intervjuet i forskningen ga uttrykk for at de følte seg ofte maktesløse, og mente de hadde mislyktes i pasientarbeidet når pasientene slo, sparket, kløp og spyttet. Flere av sykepleierne ga uttrykk om at de syntes det var vanskelig å presse og tvinge pasienter, de ønsket at temaet etikk skulle drøftes jevnlig på avdelingen. De mente dette var til hjelp til å diskutere hvor man skulle sette grenser og hvor mye man skulle presse og tvinge pasienten (ibid.). Ved å øke kunnskap om tillitsskapende tiltak, eksempel miljøbehandling kan det være med å forhindre bruken av tvang.

Paternalisme er en metode der sykepleieren går inn som en «farsrolle» til pasienten uten å ta i bruk tvang. Paternalisme kan på en måte beskrives som å ta herredømme over pasienten (Kristoffersen, 2005). Teoretiker Kari Martinsen (1990) beskriver svak paternalisme som at sykepleierens oppgave og ønske er å gå inn i relasjoner for å gagne den enkelte pasient best mulig, herunder hindre at han skader seg. Ved å bruke svak paternalisme er det viktig at sykepleieren har god kunnskap og tar ikke avgjørelser ut ifra annet enn pasientens og miljøets beste. Kjenner sykepleieren pasienten godt er det vanskeligere å manipulere og ta herredømme over pasienten, og lettere er det å handle til beste for han (Martinsen, 1990). For å sikre trygghet i et miljø er det viktig at sykepleieren har god kunnskap slik at man kan hindre at uro eskalerer seg i miljøet (ibid.). Kari Martinsen (1990) skriver videre at hun har en standard på sine handlinger nettopp ut i fra sin faglige dyktighet.

## 4.2 Kommunikasjon for å skape støtte og forståelse

Kommunikasjon til personer med demens kan støte på mange utfordringer (Snoek & Engedal, 2008). Kommunikasjonsevnen til personer med demens svekkes gradvis og det kan gjøre at pasienten får vanskeligheter med å gjøre seg forstått verbalt, da ordflyten kan bli usammenhengende og utydelig (Eide & Eide, 2007). Pasienter med demens kan også ha vansker med å forstå den verbale kommunikasjonen, dette gjør at sykepleieren bør være bevisst på kommunikasjon til personer med demens. Det er ikke den verbale kommunikasjonen som utgjør den største delen i språket til personer med demens, men den nonverbale kommunikasjonen (ibid.). Forskning hevder at 93 % av kommunikasjonen vår er nonverbal, av dette innebærer 38 % bruk av vokale toner og 55 % skyldes kroppsspråket

(Jootun & McGhee, 2011). Det nonverbale språket blir tolket av andre og kan derfor tolkes feil (Eide & Eide, 2007). Ved at sykepleieren er bevisst på sitt nonverbale språk mener vi at sykepleieren kan klare å komme tettere innpå pasienten for å skape støtte og forståelse. Støtte har som mål å redusere angst og bidra til å oppleve tillitt, trygghet og egenverdi (Rokstad, 2008). Støtte kan også bygge på opplevelsen der pasienten føler omsorg og forståelse, kommunikasjon er en viktig del av å vise støtte. Ved å oppnå disse målene kan sykepleieren være med på å unngå vanskelige situasjoner der tvang kommer opp som et alternativ.

Ved et godt nonverbalt språk kan sykepleieren vise at han/hun bryr seg. Det kan være eksempler som å sitte vendt mot pasienten, ha en åpen holdning, ikke sitte med hendene i kors, lene seg framover og ha øyekontakt med den han/hun snakker med (Jootun & McGhee, 2011). Slike enkle tiltak kan være med på å vise at sykepleieren er interessert og bryr seg. Forskning hevder også at stemmebruk er en viktig faktor, om stemmen er myk eller høy, langsam eller rask og at dette må tilpasses ulike situasjoner, meninger, følelser og holdning (ibid.). Bekreftende signaler som «mmm», «hmm», «jeg ser», «riktig» indikerer grad av interesse av lytteren og kan være bekreftende for personen som snakker (ibid.). Når sykepleieren skal møte personer med demens bør sykepleieren tenke over stemmebruken sin. Man bør ikke åpne en samtale med høye og skarpe toner, dette kan være med på å gjøre pasienten fortvilet. Vi tror ved at sykepleieren møter pasienten på en rolig og avslappet måte kan ha en positiv innvirkning på pasienten. Det kan være avgjørende hvordan sykepleieren møter pasienten, møter sykepleieren pasienten på en dårlig måte vil det kanskje bli vanskeligere å komme tettere på pasienten.

Validering i miljøtiltak kan være en måte å skape støtte og forståelse hos pasienten. Valideringer tar fokus på personen med demens sine følelser og tanker (Hummelvoll, 2004). Sykepleieren bør unngå å drøfte realiteter og heller bekrefte pasienten ved å spørre om følelser som savn, lengsel og tap (ibid.). Forskning hevder at denne metoden kan gi pasienten en forståelse på hva som synes å være forvirrende og upassende oppførsel (Blackhall et al., 2011). Vi har gode erfaringer med validering fra praksis og brukte denne metoden ofte til pasienter som var fortvilet. Flere pasienter åpnet seg opp for oss og fortalte om sitt hjemsted, familie, barn og ektefelle. En pasient fra praksis var fortvilet og ville «hjem». Pasienten beskyldte oss for å være slemme og for å hindre pasienten til å komme hjem til barna sine. Ved å sitte sammen med pasienten å snakke om følelser, ble pasienten mindre urolig og



forstod hvordan situasjonen var. I denne situasjonen kan kanskje sykepleieren klare å berolige pasienten uten å bruke andre tiltak, som eksempel å skjerme pasienten uten hans/hennes vilje. Selv om denne metoden hjalp pasienten der og da, betyr det ikke at pasienten kommer til å være beroliget resten av dagen. Det kan kun ha gått en time igjen før alt er glemt og pasienten er i samme situasjon som tidligere. Da er det viktig at sykepleieren er tålmodig og ikke tenker at metoden er ubrukelig for den grunn, men heller prøver igjen.

Reminisens er en kommunikasjonsmetode der sykepleieren prøver å skape støtte og forståelse hos personer med demens (Hummelvoll, 2004). Reminisens går ut på å framkalle minner hos pasienten (ibid.). Denne metoden betinger at sykepleieren kjenner til personens tidligere liv (ibid.). Når pasienter er forvirret kan det hjelpe og bruke reminisens, ved å gi pasienten en kjent gjenstand eksempel et fotoalbum med bilder, kan man vekke minner hos pasienten. Vi erfarte i praksis at pasienten kunne få god nytte av minneaktivitet. Pasienten kunne komme på hendelser fra tidligere i livet og kunne få følelse av samhörighet. På denne måten kan sykepleieren skape støtte og forståelse hos pasientene og man tar bort fokuset fra de vonde følelsene pasienten hadde før minnearbeidet.

### **4.3 Redusering av stress for å forhindre angst og uro**

Stress er en faktor som kan påvirke adferden til personer med demens, det kan sette pasienten og sykepleieren i uheldige situasjoner som kan bidra til bruk av tvang. Det er viktig at sykepleieren er bevisst på hva som kan skape stress til pasientene, for mye stimuli kan påvirke stressterskelen til pasienter med demens (Bergland & Kirkevold, 2010). Tv og radio kan være elementer som kan skape for mye stimuli til pasienten, sykepleieren bør derfor unngå at de to står på samtidig. Stue er et fellesrom der ofte flere pasienter oppholder seg samtidig, dette gjør til at det ofte kan bli mye stimuli i disse rommene. Sykepleieren har et ansvar for å bevare roen og skape trygghet i miljøet på stuen (Rokstad, 2008). Trygghet vil si at sykepleieren kompenserer for sviktende funksjon ved å ta styring og kontroll over pasientens aktivitet, samt bevare autonomien (ibid.). Forskning hevder at rom bør innredes med nøytrale farger og være hjemmekoselig med lite institusjons preg, dette var med på å bidra til økt gjenkjenning og minske uro (Bergland & Kirkevold, 2010). Vi erfarte fra en skjermet enhet til personer med demens der de hadde installert en kunstig peis var populært hos pasientene. De hadde valgt

kunstig peis grunnet sikkerhet til pasientene. Peis var svært vanlig før i tiden og de fleste var oppvokst med dette. Kunstige peisen avga også varme, dette gjorde til at pasientene samlet seg rundt peisen. Pasientene snakket også sammen om hvem som måtte hive på mer ved. Slike tiltak til fellesrommene kan bidra til å forhindre angst og uro.

Det er viktig at sykepleieren gjør en bred kartlegging som ikke bare tar fokus på pasientens kognitive og praktiske svikt, men også om pasientens nettverk, historie, personlighet og fysiske og psykiske helse for å få et individuelt og tilpasset miljøbehandling for den enkelte pasient (Rokstad, 2008). Dette tror vi er viktig slik at miljøbehandlingen blir best mulig tilrettelagt for pasienten, for å kunne unngå uheldige situasjoner som kan skape unødvendig stress til pasienten. Dette vil også være med på å gyldiggjøre pasienten. Gyldiggjøring innebærer å forsterke pasientens individualitet (ibid.). Dette kan sykepleieren klare å oppnå ved godt tilrettelagt miljøbehandling for pasienten. Forskning hevder at stressterskelen til personer med demens reduseres med sykdomsutviklingen, de blir i dårligere stand til å motta og håndtere informasjon og stimuli fra omgivelsene (Bergland & Kirkevold, 2010). Når stressterskelen til personer med demens overskrides, kan pasientene få angst og utagerende adferd (ibid.). De mener at utagerende adferd til personer med demens er et resultat av et behov som ikke er møtt (ibid.). Ved å ha et godt tilpasset behandlingsopplegg vil man kanskje klare å forhindre stress, angst og uro, og unngå uheldige situasjoner der bruken av tvang forekommer.

#### **4.4 Aktivisering for å skape gode øyeblikk**

Aktiviteter hører naturlig med i tilrettelegging av behandlingsmiljøet til personer med demens og kan brukes til dagliglivets gjøremål som egenpleie, måltider og hendelser i avdelingen (Rokstad, 2008). Demens sykdommen kan påvirke pasienten til selvstendig aktivitet, men pasienten har fortsatt behov for å være aktiv (ibid.). Demens sykdom blir delt opp i tre trinn, mild-, moderat- og alvorlig demens (Hummelvoll, 2004). Sykepleieren må ta dette i betraktning når det skal tilrettelegges aktivitet for pasienten. Pasienter med mild demens vil kanskje være i stand til å oppfatte og gjøre mer aktivitet enn pasienten med alvorlig demens. Sykepleieren har da et ansvar å tilrettelegge aktiviteter i forhold til hvor pasienten er i sykdomsstadiet. Ved aktiviteter til personer med demens er det viktig at det ikke er store

forstyrrelses elementer til stede, dette vil kanskje ta vekk fokuset til personer med demens og skape uro (Rokstad, 2008). Det er viktig at sykepleieren har struktur i hverdagen til personer med demens (ibid.). Struktur skal gi holdepunkt for døgnrytme og aktivitetsplan for dagen, og muligheten for meningsfylt aktivitet (ibid.). Å la pasienten få være aktiv i omgivelsene og samhandle med miljøet bidrar til aktivitet og engasjement (ibid.). Engasjement bygger på forhistorie, ressurser og sosiale roller, og hjelper pasientene til å etablere kontakt seg i mellom (ibid.). Miljøtiltak for å fremme engasjement er å bygge på aktiviteter felles (ibid.). Å gjøre noe felles kan bidra til økt livskvalitet, trivsel og velvære, og dermed redusere uheldige situasjoner som kan føre til bruk av tvang.

Måltidene utgjør en unik mulighet i miljøbehandlingen til personer med demens for å kombinere behovet for mat og drikke med sosialt fellesskap og aktivisering (Rokstad, 2008). Måltidene er faste innslag i hverdagen og representerer glede og velvære for de fleste, derfor er det viktig at sykepleieren tilrettelegger måltidene best mulig for pasienten (ibid.). Sykepleieren kan tilrettelegge måltidene ved å dekke på bordet med kun det som er nødvendig, for mye gjenstander på bordet vil kunne forvirre pasienten. Sykepleieren kan for eksempel vente med å servere dessert før alle er ferdig med middagen. Dette kan bidra til ro rundt matbordet og kanskje forhindre at pasientene går fra bordet før alle er ferdig, og kan også være med på å bidra til økt fellesskap. Ved at sykepleieren dekker på minimalistisk på bordet, kan det gjøre til at pasienten klarer å fokusere på de få gjenstandene som er der. Dette kan bidra til at pasienten klarer å spise sin egen mat uten hjelp av sykepleieren, det kan være med på å gi pasienten mestringsfølelse. Erfaringer fra praksis var at vi dekket på bordet minimalistisk, og at pasientene kun fikk servert en ting om gangen, på denne måten unngikk vi at pasientene fikk for mye stimuli og det kunne skape gode øyeblikk rundt måltidene. Forskning hevder at servering av måltider med institusjonspreg som bruk av serveringsbrett førte til mer uro. Mens servering av måltider i «hjem- og familielignende» omgivelser økte inntaket av mat og bedre sosialkontakt (Bergland & Kirkevold, 2010). Vi har erfart ved for mye institusjonspreg kan pasientene bli urolig, usikre og redd oss. Derfor er vi enig med forskningen at det er viktig å tilrettelegge hjemmekoselige rom og stunder.

Sykepleieren kan også bruke musikk som et miljøtiltak til aktivisering. Målet med bruk av musikk er å stimulere til sosial deltagelse, redusere stress og uro og skape glede (Rokstad, 2008). Sykepleieren kan sette seg sammen med en gruppe pasienter og høre på musikk.

Musikken bør være tilpasset til pasientgruppen. Sykepleieren kan ved bruk av musikk skape glede og engasjement i pasientgruppen. Vi erfarte fra praksis at bruk av musikk skapte stor glede og fellesskap. Pasientene sang med og begynte å danse. Vi lagde også treningsopplegg med musikk, der fikk vi med pasientene på fellesøvelser.

Sykepleieren bør ha som mål å gjennomføre ulike aktiviteter hver dag (Rokstad, 2008). Det er mange aktiviteter pasientene kan ha glede av. Aktiviteter med nytteverdi kan ha stor betydning for pasientene (ibid.). Erfaring fra praksis var at en pasient ville hjem og vaske til ektefellen kom hjem fra jobb. Ved at pasienten fikk en vaskeklut var han/hun med og vasket avdelingen og vi så at dette skapte glede hos pasienten. Urolige pasienter som begynner å vandre i korridorene kan miljøtiltak som å gi dem en aktivitet være positivt. Ta med en pasient på gåtur ute kan være med på å få tankene til pasienten en annen plass og skape glede. Hensikten med aktivisering er å gi innhold i hverdagen, opplevelser, skape gode øyeblikk og tilhørighet i miljøet (ibid.). Klarer sykepleieren dette kan hun/han klare å forebygge uheldige situasjoner som kan føre til bruk av tvang.

#### **4.5 Stimulere sanser for å forhindre uheldige situasjoner**

Sansestimulering er en tilnæringsmetode med hensikt å forebygge sansedeprivasjon til personer med demens (Rokstad, 2008). Eksempler på sansestimulering er sanserom, bruk av musikk, kjæledyr og taktil berøring.

Kjæledyr i skjermet enheter kan skape interesse og engasjement i pasientgruppen (Rokstad, 2008). Et alternativ er at sykepleieren på enkelte vakter kan ta med seg kjæledyr. Rokstad (2008) viser til erfaringer der pasientene viste omsorg og varme til kjæledyrene. Vi har erfart fra en skjermet enhet til personer med demens der de hadde en Undulat på avdelingen virket positivt innpå pasientene. Pasientene var veldig opptatt av fuglen, og de viste omsorg og kjærligheten for den.

Bruk av sanserom kan være et tiltak til å stimulere sansene til personer med demens. Sanserom er innredet for å stimulere sansene og bør være innredet på en hensiktsmessig måte til personer med demens (Rokstad, 2008). Forskning hevder at innredning av enheter er en

viktig del under miljøbehandling og at rom med for mye stimuli kan virke negativt inn på pasientene (Bergland & Kirkevold, 2010). Vi har gode erfaringer fra bruk av sanserom. Sanserommet var innredet med kjente gjenstander fra pasientgruppen sin tid. Rommet hadde gamle kommoder og sofaer, kjente bøker og fotoalbum. Rommet hadde ikke preg av institusjonalisering. Vi så flere ganger at pasienten ble roligere og mindre fortvilet når han/hun var på sanserommet. På sanserommet kan sykepleieren ha en fin mulighet til å kommunisere og komme tettere på pasienten. Sykepleieren har også en mulighet til å høre om det er noen spesielle grunner til hvorfor pasienten oppfører seg slik.

Ved bruk av sanserom er det også en fin mulighet for sykepleieren å benytte taktil berøring. Taktil berøring aktiverer vårt «fred og ro» system og kan bidra til at pasienten slapper av (Skovdahl, 2010). Taktil berøring er fysisk kontakt med andre mennesker og det er da viktig at sykepleieren tilnærmer seg pasienten forsiktig for å skape tillitt, slik at det ikke kan bli oppfattet som overfall hos pasienten (ibid.). Taktil berøring er en strukturert berøring av hender, ben og skuldre (ibid.). Sykepleieren bør tre forsiktig frem og begynne med lett massasje på hender (ibid.). Ikke alle pasienter er like glad i fysisk kontakt, dette kan skyldes mange årsaker pasienten har opplevd tidligere i livet. Det er viktig at sykepleieren tar utgangspunkt i pasientens tilstand og hvordan han/hun er i forhold til andre mennesker. Vi erfarte en pasient som kunne være aggressiv til tider og ikke ville la andre mennesker komme tett innpå. Ved at vi tilnærmet oss pasienten forsiktig med god kommunikasjon, både verbalt- og nonverbal kommunikasjon klarte vi å skape tillitt oss mellom og pasienten ble tryggere på oss. Martinsen (1990) hevder at tillitt er en viktig faktor i sykepleie, hun mener at sykepleieren må være oppriktig interessert i pasienten for å få tillitt. I dette utsagnet er vi enige i hva Martinsen mener. Hvis vi ikke viser at vi oppriktig bryr oss om pasienten vil vi heller ikke klare å komme inn på pasienten. Sykepleieren kan lykkes med å forhindre bruk av tvang i vanskelige situasjoner hvis han/hun klarer å skape tillitt mellom sykepleieren og pasienten.

## 5. Konklusjon

Det har i de siste årene blitt mer fokus på å forhindre bruken av tvang til personer med demens. Personer med demens kan være en sårbar gruppe, som kan ha store problemer med å gjøre seg forstått. Dette gjør at kommunikasjon er en svært viktig del for sykepleieren å fokusere på. Vi mener sykepleieren absolutt kan forhindre bruken av tvang til personer med demens ved fokus på miljøbehandling. Bruken av miljøbehandling har blitt benyttet i økende grad til personer med demens i de siste årene. Miljøbehandling er en behandlingsform som tar fokus på den enkelte pasient og hans/hennes behov. Dette mener vi kan være med på å gjøre at sykepleieren ser hver enkelte pasient, og at pasienten føler seg sett og forstått.

Miljøbehandling går ut på at sykepleieren skal møte pasienten der han/hun er og tilpasse forholdene best mulig. Når god kommunikasjon ikke er til stede mener vi at sykepleieren vil få vansker med å komme tettere på pasienten for å starte en god relasjon til å bygge videre på.

For å utføre god miljøbehandling til personer med demens som kan forhindre bruken av tvang, må sykepleieren ha innhentet seg god kunnskap om emnet miljøbehandling og om pasienten. Vi mener at god miljøbehandling som skal ha positiv effekt på pasienten må være spesifikk og tilpasset pasienten. Sykepleieren må se hele mennesket og ikke kun sykdommen pasienten har.

For å forhindre bruken av tvang i skjermet enhet til personer med demens må sykepleieren være bevist på sine holdninger. Sykepleieren bør ha en holdning der bruken av tvang helst ikke skal benyttes så lenge det ikke anses som høyst nødvendig. Sykepleieren må ta seg tid til å prøve miljøbehandling til personer med demens sykdom og ikke se på det som bortkastet tid. Sykepleieren må se på miljøbehandling som forebyggende arbeid til bruken av tvang.

Ved god miljøbehandling kan det gi pasienten trygghet, struktur, støtte, engasjement og gyldiggjøring. Disse elementene mener vi er med på å forebygge uheldige situasjoner til personer med demens, som igjen kan forebygge bruken av tvang i skjermet enhet for personer med demens.

## Referanseliste

\*Bergland, Å., & Kirkevold, M. (2010). *Personer med demens: Hva fremmer trivsel og velvære?* Lokalisert på: [http://brage.bibsys.no/diakon/bitstream/URN:NBN:no-bibsys\\_brage\\_17579/1/Bergland%20%26%20Kirkevold%202011.pdf](http://brage.bibsys.no/diakon/bitstream/URN:NBN:no-bibsys_brage_17579/1/Bergland%20%26%20Kirkevold%202011.pdf)

\*Blackhall, A., Hawkes, D., Hingley, D., & Wood, S. (2011). *VERA framework: communicating with people who have dementia*. Lokalisert på: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=7&hid=113&sid=705f0512-776a-4421-aa36-6470b3ec6f45%40sessionmgr15&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=aph&AN=67346727>

\*Brækhus, A., Dahl, T. E., Engedal, K., & Laake, K. (2009) *Hva er demens?* (4. utg.). Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse og hukommelsesklinikken Oslo universitetssykehus, Ullevål. Lokalisert på: <http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?itemID=399>

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

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

\*Egidus, H. (2000). *Psykologisk leksikon*. Oslo: Aschehoug & Co.

\*Engedal, K., & Haugen, P. K. (2009). *Lærebok demens: fakta og utfordringer*. (5. utg.). Tønsberg: Aldring og helse.

\*Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Delplan til omsorgsplan 2015. Demensplan 2015 «den gode dagen»*. Lokalisert på: [http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan\\_2015/Demensplan2015.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan_2015/Demensplan2015.pdf)

\*Helse- og omsorgsdepartementet. (2005). *St.meld. 25 (2005-2006). Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Lokalisert på:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-/1.html?id=200880>

\*Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *St.meld. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. Lokalisert på:

<http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>

Hummelvoll, J. K. (2004). *Helt, ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Johnsen, L., & Smebye, K. L. (2008). Bruk av tvang i demensomsorgen. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling*. (s. 207-231).

Oslo: Akribe AS.

\*Jootun, D., & McGhee, G. (2011). *Effective communication with people who have dementia*.

Lokalisert på:

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=7&hid=113&sid=705f0512-776a-4421-aa36-6470b3ec6f45%40sessionmgr15&bdata=JnNpdGU9ZWZwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=aph&AN=59304764>

\*Kilvik, A., & Lamøy, L. I. (2007). *Litteratursøking i medisin og helsefag: En håndbok*.

(2. utg.). Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

\*Kirkevold, Ø., & Engedal, K. A. (2004). A study into the use of restraint in nursing homes in Norway. *Br J Nurs*. 2004;13(15):902-5.

Kristoffersen, N. J., (2005). Kapittel 23: Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (Red.). *Grunnleggende sykepleie: Bind 4*. (s. 14-99).

Oslo: Gyldendal Akademisk.



\*Martinsen, K. (1990). Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring. I Jensen, K. (Red.), *Moderne omsorgsbilder*. (s. 61-98). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 4.1, § 4-3 & § 4-9. (1999).

Lokalisert på: [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)

\*Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 4A-1, § 4A-2, § 4A-3 & 4A-5.

(2006). Lokalisert på: [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)

\*Rokstad, A. M. M. (2008). Miljøbehandling. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling*. (s. 152-179). Oslo: Akribe AS.

\*Rognstad, M. K., & Nåden. D. (2011) *Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen-pleiers perspektiv*. Lokalisert på:

<http://www.idunn.no/ts/nsf/2011/02/art06?highlight=alzheimer>

\*Simonsen, N. (2008). *Demens – en bedre hverdag: Yrkesfaglig studiehefte for medlemmer i seksjon helse og sosial*. Oslo: Fagforbundet.

\*Skovdahl, K. (2010). Personer med demenssykdom. I M. Henricson & A. Billhult (Red.), *Taktilberøring og lett massasje*. (s. 95-106). Lund: Studentlitteratur AB

Snoek, E. J., & Engedal, K. (2008). *Psykiatri* (3. utg.). Oslo: Akribe Forlag

## Vedlegg 1.

Kandidatnummer: 12 & 30.

**TEMA:** Bruk av tvang til personer med demens.

**Søkbart spørsmål:** Kan sykepleieres fokus på miljøbehandling bidra til å forhindre bruk av tvang i skjermet enhet for personer med demens?

P	I	C	O
Pasienter med demens	Miljøbehandling og kommunikasjon		Forhindre bruk av tvang

### **Fremgangsmåte for artikkelsøket:**

(søkeord, databaser, funn, utvalg)

Søkeordene vi brukte var demens, Alzheimers sykdom og miljøtiltak, miljøbehandling og tvang, kommunikasjon, communication and dementia. Vi brukte databaser som Cinahl, Idunn og NORA for å finne forskningsartikler. Vi fant til sammen 832 artikler som inneholdt søkeordene vi brukte. Vi valgte ut artikler ut ifra ulike kriterier. Det var overskrifter, relevans, tema, utgivelsesår, forfatter og fulltekst. Vi endte opp med å bruke til sammen fem artikler i oppgaven.

## Kort presentasjon av valgte artikler:

Forskningsartikkel «Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen, pleiers perspektiv», skrevet av Rognstad & Nåden (2011).

I	Hensikten er å beskrive personalets opplevelse av arbeidssituasjonen i møte med demente og utagerende adferd, og å belyse personalets behov for kompetanseheving for at pasientens verdighet som menneske skulle kunne ivareta.
M	Studiet ble utført ved en avdeling for aldersdements og alderspsykiatri i 2008, avdelingen hadde som formål å gi omsorg til pasienter med uforutsigbaradferd, samt å bygge opp personalets kompetanse på dette temaet. Det var tolv informanter som deltok, fire sykepleiere og åtte hjelpepleiere, der tre av hjelpepleierne hadde videreutdanning i psykiatri.
R	Alle informantene ga uttrykk at de følte seg ofte maktesløse, og mente de hadde mislykkes i pasientarbeid når pasientene slo, sparket, kløp og spyttet. De følte seg også slitne, skremte og redde når de var sammen med pasientene. De fortalte at arbeidssituasjonen var lite forutsigbar, og bidro til at personalet var stresset og anspent. Bemanningssituasjonen var også et problem, særlig på kveld og natt. Det har blitt gitt beskjed om at personalet ikke skal gå inni stellesituasjoner alene når pasienten viser utagerende adferd, men flere ganger lar ikke dette seg gjøre når det er for få på vakt. Informantene understreker at de syns det er trivelig å jobbe med eldre fordi en følte at en virkelig kunne bidra. De sier at de syns det er viktig å sørge for at pasienten føle seg ivaretatt, slik at de kunne beholde sin verdighet. Men at de møter på etiske dilemmaer kontinuerlig opp mot dette. Flere fortalte at makt måtte anvendes i ulike situasjoner, eksempel tvangsmedisinering og stellesituasjoner. I stellesituasjoner forteller de om utfordringer da pasient ligger med masse avføring i bleien, men pasienten nekter å stelle og vaske seg. Flere av informantene ga uttrykk om at de syntes det var vanskelig å presse og tvinge pasienter, de ønsket at temaet etikk skulle drøftes jevnlig på avdelingen. Dette mente de kunne hjelpe med å komme sammen fram til hvor man skulle sette grensene og hvor mye man skulle presse og tvinge. Personalet var veldig

	konkret når de etterlyste mer kompetanse. De ønsket mer kurs i forflytning av pasienter mot sin vilje og hvordan skal man møte en pasient som ofte er aggressiv.
D/ konklusjon	Konklusjonen på forskningen sier at det er rimelig å anta at økt kunnskap og kompetanse vil kunne bidra til økt etisk refleksjon og styrke personalets trygghet, slik at frykt og usikkerhet reduseres. Dermed er det større muligheter for å imøtekomme pasientenes behov for pleie som opprettholder deres verdighet.

Forskningsartikkelen «A study into the use of restraint in nursing homes in Norway» skrevet av Kirkevold & Engedal (2004).

I	Hensikten med denne artikkelen var å beskrive årsakene til bruk av tvang og hvor godt det ble dokumentert i norske sykehjem.
M	Forskningsartikkelen er bygget på intervjuer av primærpleierne til 1362 pasienter i 160 vanlige sykehjems avdelinger og til 564 pasienter i 91 spesialavdelinger for demente. Dataene ble samlet inn ved at primærpleierne ble intervjuet om hva som hadde skjedd med sine pasienter uken som hadde gått. Primærpleierne ble spurt om bruk av mekaniske tvangsmidler (sengehest, fiksering i stol eller seng), ikke-mekaniske tvangstiltak (skjerming, innhenting av pasienter, holde tilbake), elektronisk overvåking, bruk av tvang i forbindelse med medisinsk undersøkelse og behandling og bruk av tvang i forbindelse med aktiviteter i dagliglivet. De ble også spurt om hvorfor tiltakene ble brukt og hvem som hadde bestemt at det skulle brukes og hvordan bruken av tvang ble dokumentert. Hvis minst et av tiltakene i en av tvangsgruppene ble brukt minst en gang i løpet av sju dager, ble det registrert som at pasienten var utsatt for tvang.
R	Resultatene viste at nesten 37 % av pasientene i somatiske avdelinger og 45 % av pasientene i skjermede enheter var utsatt for minst ett tvangstiltak i løpet av en uke. Mekaniske tvangstiltak var vanligst i somatiske avdelinger, mens bruk av tvang i forbindelse med aktiviteter i dagliglivet og medisinske undersøkelser var den vanligste formen for tvang i skjermede enheter. I de

	<p>skjermede enhetene var det mindre bruk av mekaniske tvangstiltak, men mer bruk av ikke-mekaniske tvangstiltak og overvåking. Motivet for tvang var hyppigst forklaringen å beskytte pasienten eller andre (44%). 27.1% var motivet for å gjennomføre nødvendige omsorgstiltak. Skjult medisinerer var også en høy andel av. Når det kom til hvem som hadde tatt avgjørelsen for tvangstiltak hadde 44,2% svart avdelingssykepleier eller ansvarlig sykepleier på jobb. 22,5% av tilfellene var det ikke registrert hvem som hadde tatt avgjørelsen. 65% av tilfellene var det ingen skriftlig dokumentasjon av tvangsbruken.</p>
D/ konklusjon	<p>Forskningen tar opp diskusjon på slutten av artikkelen der de skriver at det kan være umulig at alle tvangstiltakene er nødvendige, men at det er omfattende. De skriver også at et enda større problem er at bruken av tvang er dårlig dokumentert og det virker som det er tilfeldig hvem som har avgjort at tvang skal brukes og hvordan avgjørelsen er tatt. De mener det gir inntrykk av tilfeldigheter og ikke faglig vurdering.</p>

Forskningsartikkel «Hva fremmer trivsel og velvære?», skrevet av Bergland og Kirkevold (2010).

I	<p>Artikkelforfatterne har brukt kvantitativ metode ved å presentere resultatene de har fått gjennom artikkelen i tabeller. Litteraturstudien er basert på oversiktsartikler som oppsummerer empiriske studier av fysiske omgivers betydning for personer med demens. Hensikten er å undersøke hva vi vet om hvilke faktorer i de fysiske omgivers som har betydning for trivsel, velvære og funksjon hos personer med demens.</p>
M	<p>Metoden som har blitt brukt er systematisk søk i ulike databaser som ble gjennomført i januar/februar og oktober 2010. Det ble benyttet 15 oversiktsartikler og tolv av disse hadde fokus på atferdsproblematikk. Det var fire hovedkategorier som oppsummeres slik: faktorer som bidrar, orientering, trygghet og sikkerhet, personliggjøring og hjemliggjøring og stimuli. Hovedfokuset i artiklene er stimuli reduksjon. Kvaliteten på oversiktsartiklene og primærstudiene varierte. Mange av primærstudiene var små og for flere av tiltakene er ikke resultatene konsistente. De vurderte derfor det vitenskapelige</p>

	grunnlaget for lavt.
R	Miljøbehandlinger benyttes nå i større og større grad i demensomsorgen. De fysiske omgivelsene er a\et av elementene i metoden. Kunnskaper om hvordan personalet på institusjoner kan bruke de fysiske omgivelsene i tilretteleggingen av god omsorg til den demente blir derfor mer og mer viktig og man trenger god kunnskap for å kunne gjennomføre dette i demensomsorgen.
D/ konklusjon	Konklusjonen i artikkelen viser at hovedfokus har vært på de fysiske omgivelsene som bidrar til å redusere utfordrende atferd. Studier som fokuserer på hvordan det fysiske miljøet kan brukes for å skape trivsel og velvære for personer med demens er nødvendig.

Forskningsartikkel «VERA framework communication with people who have dementia», skrevet av Blackhall, Hawkes, Hingley & Wood (2011).

I	Artikkelforfatterne presenterer i denne artikkelen kommunikasjonsrammeverk, som skal brukes av helsepersonell som kommer i kontakt med personer som har demens. Dette rammeverket består av fire nøkkelbegreper: validering, følelser, berolige og kommunikasjon.
M	Artikkelen beskriver prosessen for kommunikasjonen til de demente. Dette rammeverket ble utviklet som et svar til studenter som syntes det var nyttig å ha strukturert veiledning om hvordan man skal samhandle med mennesker som har demens. VERA-rammeverket tar for seg hvordan vi skal tolke kommunikasjon og reagere hensiktsmessig.
R	Innføringen av et rammeverk som var like lett å forstå som å huske var en suksess. Rammeverket kan være en effektiv måte å guide helsepersonell og de som synes det er vanskelig å kommunisere med personer med demens. Fire stadier ble derfor brukt, VERA består av validering, følelser, berolige og aktivitet. Rammeverket skal hjelpe til å utvikle god kommunikasjonsferdigheter. Sykepleiere skal kunne utvikle medfølelse ferdigheter som vil hjelpe med å takle frustrasjon over følelser som kan oppstå i møte med personer med demens.
	Konklusjonen i artikkelen var at intensjonen med VERA rammeverket var å gi

D/ konklusjon	utøverne en enkel og strukturert guide slik at man skulle bli mer sikker på hvordan man skal reagere til folk som får forvirret oppførsel som følge av demenssykdommen. Det er et forsøk på å hjelpe helsepersonell til å gjenoppdage personen som eksisterer utenfor symptomene og atferden relatert til demenssykdommen. VERA rammeverket er ikke ment å være terapi, som da antyder muligheter for varig endring og forbedring, men det er ment å være terapeutisk i den forstand at det oppstår positiv endring for å forbedre personen.
------------------	--

Forskningsartikkel “Effective communication with people who have dementia”, skrevet av Jootun & McGhee (2010).

I	Hensikten med forskningsartikkelen er å utforske de ferdighetene som trengs for å få til en effektiv kommunikasjon med mennesker som har demens. Artikkelen beskriver hvilke faktorer som påvirker kommunikasjonsprosessen og effekten dette kan ha på sykepleier-pasient-relasjonen. Personer som har demens har begrenset evne til å kommunisere effektivt. Dette kan påvirke sykepleierens evne til å identifisere pasientens behov. For å gi god demensomsorg er god kommunikasjon viktig.
M	Denne artikkelen undersøker de utfordringene en sykepleier kan stå ovenfor når man skal gi god omsorg til demente, artikkelen antyder noen strategier for å overvinne eventuelle barrierer, forbedre kvaliteten på pleien og forbedre pasientens utfall.
R	Effektiv kommunikasjon gjør det mulig for sykepleiere å bygge et godt og tillitsfullt forhold til pasientene. Kommunikasjonen må tilpasses til hvem man snakker med og om hva man snakker om. Kommunikasjon må ses som en kontinuerlig dynamisk prosess, for det er gjennom kommunikasjon at samarbeid og samhandling oppstår. Det er viktig at sykepleiere er gode formidlere, man må tillate og være mer følsomme for pasientene og dermed engasjere pasientene på et terapeutisk nivå. Har sykepleieren kunnskap om pasienter med demens og hva sykdommen gjør med kommunikasjonsevnene, er det lettere å få til en effektiv kommunikasjon. Effektiv kommunikasjon

	forbedrer livskvaliteten til pasienter med demens.
D/ konklusjon	Sykepleieres omsorg for personer med demens trenger å demonstrere en forståelse av hva effektiv kommunikasjon kan gjøre med pasientens velvære og livskvalitet. Sykepleiere må være dyktige i kommunikasjon, de må være i stand til å engasjere seg med pasienter. Evnen til å tilpasse kommunikasjonsprosessen å dekke behovene til personer med demens eller til å vedta noen av strategiene i denne artikkelen, er nøkkelen til en vellykket og engasjerende kommunikasjon med pasientene.