

Fakultet for Helse- og sosialvitenskap

Malin Østbye & Siw Anita Dramstad

Bacheloroppgave i sykepleie  
Bruk av tvang i demensomsorgen

Use of coercion in dementia care

Veileder: Kari Kvaal

BASY 2015

Antall ord: 11632

2018

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA  NEI

---

# Innholdsfortegnelse

<b>Innholdsfortegnelse</b>	<b>2</b>
<b>Norsk sammendrag</b>	<b>4</b>
<b>1. Innledning</b>	<b>5</b>
1.1 <i>Begrunnelse for valg av tema</i>	5
1.2 <i>Hensikt og problemstilling</i>	6
1.3 <i>Oppgavens avgrensninger</i>	6
1.4 <i>Definisjon av sentrale begreper</i>	7
<b>2. Teoribakgrunn</b>	<b>8</b>
2.1 <i>Hva er demens?</i>	8
2.1.1 <i>Symptomer I utvikling</i>	9
2.2 <i>Utfordrende atferd</i>	9
2.3 <i>Forebygging</i>	10
2.4 <i>Personsentrert omsorg</i>	11
2.5 <i>Sykepleierteori – Joyce Travelbee</i>	11
2.6 <i>Kommunikasjon</i>	14
2.7 <i>Kommunikasjonsprinsipper I demensomsorgen</i>	15
2.7.1 <i>Reminisens</i>	15
2.7.2 <i>Realitetsorientering</i>	15
2.7.3 <i>Validering</i>	16
2.8 <i>Lovgivning om tvang – tillitsskapende arbeid</i>	16
<b>3. Metode</b>	<b>17</b>
3.1 <i>Inklusjons- og eksklusjonskriterier</i>	17
3.2 <i>Datasamling</i>	18
3.3 <i>Søkeprosessen</i>	18
3.4 <i>Kildekritikk</i>	20
3.5 <i>Etiske hensyn</i>	20
3.6 <i>Analyse</i>	21
<b>4. Resultater og funn</b>	<b>22</b>
4.1 <i>Artikkel 1: “How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study”</i>	22
4.2 <i>Artikkel 2: “The ethics of coercive treatment of people with dementia”</i>	23
4.3 <i>Artikkel 3: “Pleie og omsorg I grenselandet mellom frivillighet og tvang”</i>	24

---

4.4	<i>Artikkel 4: “Person-centered care and quality of life of patients with dementia in long-term care facilities”</i>	25
4.5	<i>Artikkel 5: “Music first”</i>	25
4.6	<i>Artikkel 6: “Erfaring med natur aktiverer minner og gir gode opplevelser for eldre på sykehjem”</i>	25
<b>5.</b>	<b>Diskusjon</b>	<b>27</b>
5.1	<i>Hvordan skape tillitt mellom pasient og sykepleier</i>	27
5.2	<i>Når tillitten brister og tvang blir den siste utvei</i>	28
5.3	<i>Hvordan skape økt livskvalitet: Sanseshage, musikk og hukommelsesstimulerende terapi som miljøbehandling</i>	29
5.4	<i>Personlig hygiene – den store utfordringen</i>	32
5.5	<i>Bruk av gode kommunikasjonsteknikker</i>	34
5.6	<i>Holdninger og kunnskap blant helsepersonell</i>	36
<b>6.</b>	<b>Konklusjon</b>	<b>38</b>
6.1	<i>Veien videre</i>	39
<b>7.</b>	<b>Litteraturliste</b>	<b>40</b>
<b>8.</b>	<b>Vedlegg 1 : Søkeprosessen</b>	<b>44</b>
<b>9.</b>	<b>Vedlegg 2: PI(C)O - skjema</b>	<b>47</b>

## Norsk sammendrag

- Tema:** Bruk av tvang i demensomsorgen.
- Hensikt:** Antallet personer med demens vil fordobles de neste 30-40 årene. På bakgrunn av dette ønsker vi å øke vår kunnskap om personer med demens, bruken av kommunikasjon, tillitsskapende arbeid og miljøbehandling for å finne ut av hvordan sykepleiere kan bidra til å forebygge bruk av tvang og makt.
- Problemstilling:** ”Hvordan kan sykepleiere bidra til å forebygge bruken av tvang og makt i møte med personer med demens på institusjon?”
- Metode:** Vår oppgave er en litteraturstudie som bygger på forskningsartikler, relevant litteratur og erfaring fra praksis.
- Resultat og konklusjon:** Ved å bruke forskjellige tilnæringsmetoder, miljøbehandling og kommunikasjonsteknikker for å skape tillit i møte med personer med demens, kan sykepleiere og annet helsepersonell bidra til å forebygge bruk av tvang og makt. Det er særdeles viktig med gode holdninger og tilstrekkelig kompetanse for å gjennomføre tiltakene på en god og respektfull måte. Alle tiltakene må tilpasses hvert enkelt individ da alle personer har individuelle ønsker og behov.

# 1. Innledning

Ifølge demensplanen 2020 fra Regjeringen vil tallet på personer med demens sannsynligvis fordobles de neste 30 til 40 årene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Økningen på personer med demens kan føre til en stor utfordring for helsevesenet, det må sørges for at det finnes tilstrekkelig helsepersonell med god kunnskap for at de skal få best mulig behandling.

Sykdommer som kan føre til demens, er blant de som opptrer hyppigst i alderdommen. Mange av de som har fått diagnosen demens bor i en eller annen form for institusjon. Man regner med at 75 % av de pasientene som har fast sykehjemsplass har utviklet en form for demenssykdom. Selv om det er mange pasienter med diagnosen demens, er det bare en liten andel av plassene som er tilrettelagt i skjermede enheter for personer med demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Grensene mellom frivillighet og tvang er ofte uklare i helsevesenet, det blir brukt tvang og makt rundt om på sykehjemmene – både uten og med tvangsvedtak (Johnsen & Smebye, 2008, s. 208).

Desto mer sykdommen utvikler seg øker behovet for veiledning og konkret hjelp til de fleste dagligdagse gjøremål. Det er viktig at sykepleiere har god kunnskap i møte med personer med demens, vi kommer til å møte denne pasientgruppen mer og mer i hjemmetjenesten og på institusjoner. Eldrebølgen er et eksempel på hva vi møter i fremtiden, grunnet høyere levealder blant befolkningen og bedre helsevilkår vil det skape et økt behov for helhetlig omsorg og helsetilbud.

## 1.1 Begrunnelse for valg av tema

I vår psykiatripraksis i femte semester var vi på en skjermet enhet for personer med demens. Vi var i flere situasjoner der pasienters rett til egne avgjørelser ble glemt. På grunn av mangel på kunnskap hos enkeltpersoner i helsevesenet var det til tider vanskelig å møte pasientene på en god måte. Vi opplevde til tider sykepleiere og annet helsepersonell som urolige og stresset i situasjoner der tiden ikke strakk til og det ble brukt tvang og makt som et tiltak. I situasjoner hvor tvang ble gjennomført uten at tillitsskapende arbeid ble gjort,

opplevde vi også opptil flere ganger at ulike tilnæringsmetoder og kommunikasjonsteknikker var noe som fungerte, for å få til blant annet et godt morgenstell.

## 1.2 Hensikt og problemstilling

Vi ønsker med denne oppgaven å få mer kunnskap om bruken av kommunikasjon, tillitsskapende arbeid og miljøbehandling i møte med personer med demens, gjennom relevant forskning. Mange av pasientene som vi møtte i vår praksisperiode på skjermet enhet var til tider urolige og sinte – vi ønsker å øke vår kunnskap om adferden til personer med demens, for å bidra til å forebygge bruk av tvang og makt.

Videre i oppgaven ønsker vi å diskutere tiltak som kan forebygge bruken av tvang, dette er utrolig viktig for at pasientene skal kunne oppleve økt livskvalitet og opprettholde et godt selvbilde.

På bakgrunn av de erfaringene vi har fått i ulike praksiser og møte med personer med demens har vi kommet frem til følgende problemstilling:

***“Hvordan kan sykepleiere bidra til å forebygge bruken av tvang og makt i møte med personer med demens på institusjon?”***

## 1.3 Oppgavens avgrensninger

Vi har valgt å avgrense vår oppgave til pasienter med demens på institusjon. Vi har skrevet generelt om demens, da vi har erfart at bruken av tvang har forekommet uavhengig av hvilken type demens pasienten har. Vi har valgt å fokusere på pasienter på institusjon fordi vi føler tvang er mer utbredt der, enn hos hjemmeboende pasienter.

I dagens helsevesen konsentreres det mer på symptomer og den kognitive svikten, enn å søke etter intensjonen og meningen bak personens sykdom. Vi ønsker derfor i denne oppgaven å sette fokus på personen bak sykdommen og ikke selve sykdommen. Vi har gjennom hele oppgaven brukt betegnelsen *personer med demens* og ikke *demente* (Smebye, 2008, s. 20).

## 1.4 Definisjon av sentrale begreper

**Tvang:** Alle tiltak hvor pasienten motsetter seg helsehjelp eller ikke ønsker det, defineres som tvang. Gir man helsehjelp uten pasientens samtykke utsetter man vedkommende for tvang (Eide & Eide, 2007, s. 118).

**Faglig makt:** Står i kraft av kunnskaper og ferdigheter. Det er gitt legitim makt ut fra utdanning og erfaring. Det er en upersonlig makt som en med sykepleierutdanning har (Slettebø, 2002, s. 79).

**Institusjon:** Boform etter helse- og omsorgstjenesteloven. Døgnbaserte botilbud med helsefaglig bemanning (Helsedirektoratet, 2016).

**Skjermet enhet:** Botilbud med plass til seks til åtte personer. Boligen skal være fysisk tilrettelagt for personer med demens (Ingen kilde funnet).

**Forebygge:** Tar utgangspunkt i å identifisere potensielle og reelle problemer og setter i gang tiltak rettet mot den enkelte pasient (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011, s. 17-18).

**Miljøbehandling:** Er en behandlingsform som tilrettelegger for pasientens omgivelser. Generelt handler det om å bedre pasientens kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter. Målet er å bedre pasientens selvfølelse og mestringsfølelse (Rokstad, 2008, s. 153).

**Personer med demens:** En person med demenssykdom, betegnelsen retter fokuset mot personen bak sykdommen og den enkeltes behov (Smebye, 2008, s. 20).

## 2. Teoribakgrunn

I teoridelen gjør vi rede for hva demens er og de ulike gradene med symptomer, utfordrende adferd, sykepleierens forebyggende funksjon og personsentrert omsorg. Vi har valgt å ha med sykepleierteorien til Joyce Travelbee i vår litteraturstudie. Videre skriver vi om kommunikasjon i møte med personer med demens, ulike kommunikasjonsprinsipper, lovgivning rundt bruken av tvang og makt og hva tillitsskapende sykepleie går ut på.

### 2.1 Hva er demens?

*”Demens er et hjerneorganisk syndrom og en fellesbetegnelse på en rekke sykelige tilstander som er kjennetegnet ved ervervet kognitiv svikt, svikt av emosjonell kontroll og sviktende funksjonsevne i forhold til dagliglivets funksjoner” (Engedal, 2008, s. 217).*

I Norge diagnostiseres demenssykdom ved bruk av det internasjonale klassifikasjonssystemet ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems), som er utarbeidet av WHO. Kjennetegnene ovenfor må oppfylles og nedsatt hukommelse må foreligge for å bruke betegnelsen demens. Sykepleier gjennomfører systematiske observasjoner og en lege stiller diagnosen (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 410).

De kognitive aldringsforandringene mellom normale og ikke normale kan være veldig diffus, da det er store individuelle forskjeller i hjernefunksjonene blant de eldre (Rokstad, 2008, s. 28). Blant de vanligste sykdommene i alderdommen, er demens en av dem. Prevalensen av demens i Norge er om lag 71000 personer over 65 år i dag (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 412).

Demenslidelsene kategoriseres av ulike skader og sykdommer. Kortikal demens er forårsaket av sykdommer som angriper storehjernen. Subkortikal demens er skader som sitter dypere i hjernestammen eller i hvit hjernesubstans (Engedal & Haugen, 2009, s. 20). Vi ønsker ikke å gå inn på alle sykdomstilstander som kan gi demens. Vi ønsker imidlertid å nevne hovedgruppene som finnes av demens.



---

Demens klassifiseres i tre hovedgrupper etter hvilke skader og sykdommer som kan ha ført til lidelsen. Primærdegenerative sykdommer der hjerneceller skades og dør i et unormalt stort omfang. Vaskulær demens er kategorien for multiinfarkt og sykdom i arterioler i hjernevevet. Sekundær demens er forårsaket av angrep i hjernens blodårer (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 414).

### 2.1.1 Symptomer I utvikling

Utviklingen av demens kan deles inn tre faser. Startfasen kalles kompenseringfasen eller mild grad av demens. Kognitive symptomer blir tydelige som svekket oppmerksomhet, evne til oppfatning, handlingssvikt, hukommelse og språk (Engedal & Haugen, 2009, s. 17).

I dekompeniseringsfasen også kalt moderat grad av demens, blir atferdsmessige symptomer som tilbaketrekning, vrangforestillinger, angst, forståelse av handling i rom og rastløshet tydelig (Engedal & Haugen, 2009, s. 21). Den siste fasen er pleiefasen også kalt alvorlig grad av demens, der ser vi tydelig motoriske symptomer.

Muskelstyringsproblemer og inkontinens kan føre til handlingsvikt og hjelpeløshet for å klare seg selv uten hjelp. For å kartlegge behovet for omsorgshjelp kan man bruke Bergerskalaen som inndeler pasientens funksjonsevne for å vurdere behovet av omsorg fra den kommunale omsorgstjenesten (Engedal & Haugen, 2009, s. 18).

## 2.2 Utfordrende atferd

Atferdsmessige og følelsesmessige endringer er noe som opptrer ved demenssykdom og er en del av symptombildet. Det finnes ulike betegnelser på adferdsforandringer knyttet til utviklingen av demens; f.eks. vanskelig adferd, aggressiv adferd og/eller voldelig adferd. Vi ønsker å ha fokus på alle betegnelse, og velger derfor å bruke utfordrende adferd når alle betegnelse er å anse som forståelige reaksjoner på en endret livssituasjon.

Symptomene på utfordrende adferd blir delt inn i to grupper, psykiske og atferdsmessige symptomer. Vi vil kun nevne atferdsendringene som kan oppstå, som er: fysisk aggresjon, irritabilitet, vandring, rastløshet, manglende seksuell hemning, uro, roping, gråting, banning og tiltaksløshet. Symptomene på disse atferdsmessige forandringer forekommer i varierende

grad i alle stadier av demensforløpet, og vil variere fra person til person (Rokstad, 2008, s. 181-182).

Utfordrende atferd hos personer med demens må ikke sees på som unormalt, men heller som en normal reaksjon. Atferd er reaksjoner på indre og ytre stimuli, og en atferd som oppleves som problematisk for utenforstående, kan være pasientens måte å kommunisere en lite tilfredsstillende situasjon på.

Årsaken til at utfordrende adferd kan oppstå kan være så mangt. Det er påvist at nesten all utfordrende atferd hos personer med demens skjer i samhandling med omgivelsene, problemet kan ligge hos pleieren, medpasienter, pårørende eller det fysiske miljøet. For å kunne forebygge en utfordrende adferd må vi som sykepleiere kartlegge hyppighet og i hvilke situasjoner adferden oppstår i (Engedal, 2008, s. 235).

## 2.3 Forebygging

En av sykepleierens grunnleggende funksjons- og ansvarsområde er forebygging i møte med pasienter. Forebygging tar utgangspunkt i identifiserte potensielle og reelle problemer og omfatter tiltak rettet mot den enkelte pasient (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011, s. 17-18).

Utfordrende adferd hos en person med demens kan ofte resultere i bruken av tvang, hvis helsepersonell ikke klarer å forebygge denne adferden ved bruk av ulike tiltak og strategier. Når en sykepleier skal forebygge må det bygges på informasjon og en antagelse om hva som er til grunn for adferden vi ser. De tiltakene som skal brukes forebyggende kan ikke brukes som en oppskrift til hver enkelt pasient, nettopp fordi alle og enhver har individualiserte grunnleggende behov (Rokstad, 2008, s. 190).

## 2.4 Personsentrert omsorg

Det handler om hvem man er – ikke hva man er. Mennesker har en rekke verdier som fungerer som drivkrefter eller motiver for vår atferd (Kristoffersen, Breivne & Nortvedt, 2011, s. 268).

Personsentrert demensomsorg er bygget opp rundt sosialpsykologiske behov som mennesker har behov for å dekke.

Identitet, tilknytning, bekreftelse, inklusjon, trøst og kjærlighet danner utgangspunktet i demensomsorgen (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 422).

Tom Kitwood har ønsket å endre demensomsorgen til fokus på personen og ikke sykdommen. Vi må møte utfordringene i en demenssykdom med personsentrert omsorg som innebærer å se hele mennesket, tilrettelegging for bruk av egne ressurser, opprettholde selvstendighet og respekt av personens identitet (Rokstad, 2008, s. 71).

I Nasjonal faglig retningslinje (2017) står det at virksomheten skal tilpasse tiltak og aktiviteter ut i fra personens behov og ta hensyn til ressurser og interesser etter prinsippene om personsentrert omsorg. Det kreves å være til stede der tilstedeværelse støtter opp under alle ekte forhold og ethvert jeg-du-møte. Det er viktig å huske at det som er rett for deg ikke nødvendigvis er rett for den andre (Rokstad, 2008, s.70-75).

## 2.5 Sykepleierteori – Joyce Travelbee

Vi har valgt å ha med Joyce Travelbee i vår oppgave, nettopp fordi hennes hovedfokus er enkeltmennesket og hun forholder seg til ethvert menneske som en unik person. Joyce Travelbee (1926-1973) sin teori har hatt og fremdeles har en stor innflytelse på norsk sykepleierutdanning. Travelbee sier at hun ble inspirert av eksistensialistisk filosofi og humanistisk psykologi.

Sykepleierens mål og hensikt er ifølge Travelbees tenkning å hjelpe den syke til å føle mestring og finne mening i de erfaringene som følger med sykdom og lidelse. Sykepleie er også knyttet til det å kunne forebygge mot sykdom og fremme en god helse. Begrepet håp er sentralt knyttet mot sykepleierens mål og hensikt (Kristoffersen, 2011, s. 217).

---

Travelbee mener at et menneske som håper, har oppmerksomheten rettet mot en framtidig endring til det bedre. Et menneske som har håp opplever en viss mulighet til å velge, noe som igjen gir en opplevelse av frihet og selvbestemmelse.

For å hjelpe den syke med å forebygge sykdom, finne mestring og håp må sykepleier og den syke etablere et menneske-til-menneske-forhold, hun sier det slik: *”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper en person, en familie, eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene”* (Kristoffersen, 2011, s. 216).

For å kunne klare å oppnå sykepleierens mål og hensikt, mener Travelbee at det kun kan skje gjennom etableringen av et menneske-til-menneske-forhold. Travelbee nevner flere interaksjonsfaser for denne etableringen. De følgende fasene er:

1. Det innledende møtet
2. Framvekst av identiteter
3. Empati
4. Sympati
5. Gjensidig forståelse og kontakt (Kristoffersen, 2011, s. 219).

Det innledende møtet kjennetegnes ved at sykepleier og pasient ikke kjenner hverandre. På grunn av dette vil de begge basere seg på generaliserte og stereotype oppfatninger av hverandre ved møtet. I det innledende møtet får begge parter et førsteinntrykk av hverandre som personer, som baserer seg på observasjoner av væremåte, handlinger og språk, begge tar da en umiddelbar vurdering av disse faktorene. utfordringen for sykepleier her blir å bryte ut av de forutinntatte oppfatningene man har fått av pasienten og se han eller hun slik man er som person (Kristoffersen, 2011, s. 220).

Den andre fasen i menneske-til-menneske-forholdet er framvekst av identiteter, denne kommer frem etter hvert som interaksjonen mellom sykepleier og pasient utvikler seg, da vil identiteten til hver av de tre frem og bli oppfattet av hverandre, de vil da etablere et kontaktforhold. Sykepleieren vil her oppfatte pasienten som forskjellig fra andre pasienter, og begynne å forstå hvordan pasienten faktisk opplever sin situasjon. Pasienten vil her begynne å se på sykepleieren som en særegen person, forskjellig fra sin stereotype oppfatning fra før av (Kristoffersen, 2011, s. 220).

Den tredje fasen er empati, i situasjoner hvor en har empati vil sykepleier og pasient oppleve en nærhet og kontakt. Gjennom empati vil sykepleiere klare å ta del i opplevelsen til pasienten, og dermed forutse hvilken adferd pasienten kan få.

En nødvendig forutsetning for at sykepleier skal klare å oppnå empati i møtet med pasienten må ønsket om å forstå den andres opplevelse være til stedet. Bruken av empati vil kunne bidra til å knytte bånd sammen med pasientene (Kristoffersen, 2011, s. 220).

Den fjerde fasen gjennom etableringen er sympati, det vil være et resultat av den empatiske fasen. I forskjell fra empati mener Travelbee at sympati er et ønske om å ville hjelpe pasienten, sympati handler mye om holdninger og innstillinger. Dette vil si at sykepleieren viser at man er engasjert i han eller hun som person og virkelig bryr seg om hvordan han eller hun har det. I mange situasjoner vil pasienten oppleve sympati som en støtte og gjøre han eller hun i stand til å mestre sin situasjon bedre. Travelbee mener at dette kan gjøre forskjellen mellom vilje til å leve og vilje til å dø.

Den siste fasen i etableringen av menneske-til-menneske-forhold er gjensidig forståelse og kontakt, som vil utvikle seg som et resultat av det som har skjedd i de fire tidligere fasene. For å utvikle denne kontakten forutsetter at sykepleieren har et genuint ønske om å hjelpe og innehar de kunnskapene og ferdighetene som skal til for å sette i gang tiltak i samsvar med pasientens behov og ønsker (Kristoffersen, 2011, s. 221).

For å klare å sette i gang sykepleietiltak som samsvarer med pasientens ønsker og behov er kommunikasjon veldig sentralt. Kommunikasjon er et av sykepleierens viktigste redskaper. Ulike kommunikasjonsteknikker er verdifulle for å oppnå bestemte hensikter eller resultater. Man må være bevisst i hvorfor man bruker de ulike teknikkene, og hva man ønsker å oppnå ved bruken av dem. Dette er viktigere enn valget av bestemte teknikker. Travelbee legger også vekt på at sykepleier ikke må bruke ulike kommunikasjonsteknikker på bekostning av det som er spontant eller naturlig i samhandlingen med pasienten (Kristoffersen, 2011, s. 221-222).

---

## 2.6 Kommunikasjon

Kommunikasjon handler om å utveksle meningsfulle signaler og etablere felles mening, om gleden og strevet – med å forstå og bli forstått. Kommunikasjon involverer minst to parter (Wogn-Henriksen, 2008, s. 89).

Å kommunisere er noe alle mennesker gjør, en relasjon mellom parter blir utviklet i dette samspillet. Demens utfordrer kommunikasjonsprosessen, fordi det kan være vanskelig å forstå hva en person med demens sier og hva han eller hun mener. Aldersdemente mangler evnen til å forholde seg til tid og sted, og det å kunne skille mellom fortid, nåtid og fremtid. Evnen til å holde på informasjon i korttidshukommelsen er også svært svekket hos personer med demens. Forståelsen om hva denne pasientgruppen kommuniserer om er fortsatt mangelfull, og stiller store krav til sykepleieres evne til empati og kommunikasjon. For å etablere kontakt med personer som har demens er ikke alltid like lett, hvis man ikke klarer å forstå hva han eller hun prøver å formidle med adferden og sine utsagn (Eide & Eide, 2007, s. 391).

Gode nonverbale kommunikasjonsferdigheter er et viktig verktøy i møte med personer som har reduserte kognitive evner. Å bruke dette som er verktøy når man kommuniserer med personer som har demens er særdeles viktig, for det vil kunne gi et sterkere gjennomslag enn det verbale. Uansett hvilke pasienter vi har med å gjøre, vil nonverbal kommunikasjon bidra til å bygge opp tillitt, trygghet og motivasjon. De seks nonverbale kommunikasjonsferdighetene som man bør legge vekt på i møte med personer med demens er, i følge Eide og Eide (2007):

1. Å ha øyekontakt, uten å stirre
2. Å ha en åpen kroppsholdning (unngå å krysse armer og bein)
3. Lene seg frem mot den andre (unngå å være tilbaketrukket)
4. Følg den andres utsagn nært ved forstående nikk, bekræftende ”mm” eller også beroligende berøring
5. Vær avslappet, ha en naturlig og vennlig stemme
6. La ansiktet utrykke ro, interesse og tilstedeværelse (lukket munn, glatt panne, senkede øyebryn).

---

## 2.7 Kommunikasjonsprinsipper I demensomsorgen

### 2.7.1 Reminisens

Reminisens eller minnearbeid – tar utgangspunkt i evnen til å hente frem personlige og meningsfulle hendelser fra fortiden. Minnearbeid hjelper personer med å holde fast i sin identitet, fordi minner vitaliseres når en hører andre fortelle om personlige historier fra sitt liv. Det kan ente skje ved en samtale eller i en gruppe, og er av særlig betydning når demenssykdommen svekker personers evne til å presentere eller formidle seg. Vi som sykepleiere kan bruke minnearbeid aktivt for å gjenopplive nøkkelhistorier for å tydeliggjøre hvem en er og har vært. Vi kan for eksempel mimre sammen med pasientene om barndommen, foreldre, søsken, kjærlighet eller krig. Alle og enhver vil kunne ha personlige versjoner rundt disse temaene. Ved bruk av minnearbeid bør man primært fokusere på positive minner, det er ikke særlig anbefalt å hente frem traumatiske opplevelser. Som en ressurs for å hente frem slike positive minner kan en bruke blant annet bilder, gjenstander, smak, lukt og musikk. Det kan skje at personen fordreier minnene, men det har ikke noe betydning fordi sannheten vil være mindre viktig enn den opplevelsen det gir for pasienten å fortelle og mimre tilbake (Wogn-Henriksen, 2008, s. 103-104).

### 2.7.2 Realitetsorientering

Realitetsorientering er en metode som ble utviklet i 1960-årene. Et av symptomene på demens er orienteringssvikt og svekket korttidshukommelse, så sannsynligheten for at en person med demens ikke er orientert for tid, sted og situasjon er stor. Hvis en pasient sliter med feiloppfatninger og vrangforestillinger legger systematisk realitetsorienteringsopplegg opp til at de skal korrigeres. For mange vil det hjelpe med at personalet aktivt minner de om tid, sted og navn, eller om hva som skjer under for eksempel et morgenstell.

Realitetsorientering vil kunne hjelpe personer med demens til å få en mer adekvat virkelighetsoppfatning i hverdagen, som igjen vil kunne føre til mestring av hverdagen (Wogn-Henriksen, 2008, s. 104-105).

---

### 2.7.3 Validering

Validering ble utviklet og beskrevet av Naomi Feil (Wogn-Henriksen, 2008, s. 105). I motsetning til realitetsorientering er ikke denne måten så opptatt av hva som er reelt og sant. Ved validering blir pasientens fokus og opplevelse ivaretatt. Det er viktig å ikke korrigere eller lede personen frem til korrekte data, men heller bekrefte og anerkjenne det pasienten sier og forteller. Her kan det vært lurt å bruke hjelpeord som hvem, hva, hvor, når og hvordan. Disse spørreordene kan bidra til å gyldiggjøre følelsene hos pasienten. Det er viktig og prøve å forstå og lytte til pasienten fra han eller hun sitt perspektiv, å møte personen der de er, i stedet for å avlede eller korrigere (Wogn-Henriksen, 2008, s. 105-106).

## 2.8 Lovgivning om tvang – tillitsskapende arbeid

Tvang er definert som ”bruk av redskap som hindrer pasientens bevegelsesfrihet eller tilgang til egen kropp, fysisk holding ved undersøkelse, behandling, og i forbindelse med omsorgstiltak, overvåkning med elektroniske hjelpemidler, og tilsetning av medisiner i mat og drikke uten beboerens vitende og vilje” (Johnsen & Smebye, 2008, s. 208-209).

I senere år har det kommet frem flere rapporter om at det foregår bruk av tvang i sykehjem enn hva som kan forsvares faglig (Johnsen & Smebye, 2008, s. 208). I 2009 kom det nye regler om bruk av tvang ovenfor personer med demens og andre pasienter som ikke har samtykkekompetanse, denne finner man i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) Kapittel 4A. Hensikten med denne loven er å hindre vesentlig helseskade og forebygge og begrense bruken av tvang. Videre legger loven vekt på at før det brukes tvang, så skal man forsøke å få pasienten til å gå med på helsehjelpen ved å bruke tillitsskapende arbeid. Innenfor etiske og faglige rammer er vi som helsepersonell pliktet til å forsøke å oppnå en allianse med pasienten, vi må legge til rette for dette ved å skape trygge omgivelser og ta individuelle hensyn. Det å bygge opp tillitt tar tid, men det er også fort gjort å bryte den ned igjen. Hvis tillitsskapende arbeid ikke fungerer, må en ta en helhetsvurdering, om bruk av tvang er den beste løsning for pasienten (Johnsen & Smebye, 2008, s. 219-221).



### 3. Metode

I kapittel 3 redegjør vi for hvordan vi har gått frem for å finne litteratur og forskning i litteraturstudien vår.

”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 metoder” (Dalland, 2017, s. 51).

Metode er den fremgangsmåten, eller strategien som blir brukt for å finne svar på et spørsmål eller for å løse et problem. Systematisk vil vi innhente informasjon og kunnskap for å belyse vår problemstilling. Bacheloroppgaven vår er en litteraturstudie, det vil si at oppgaven baserer seg på eksisterende kunnskap og forskning. Vi skal bruke pensum, forskningsartikler og selvvalgt litteratur for å svare på vår problemstilling (Dalland, 2017, s. 51-55).

#### 3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å finne relevante artikler som kan hjelpe oss å svare på vår problemstilling satte vi opp ulike kriterier vi skulle inkludere og ekskludere. Seleksjonskriteriene gjorde det lettere for oss å systematisere og strukturere søket vårt.

##### **Seleksjonskriterier:**

- Pasienter med demens
- Artiklene omhandler pasienter fra institusjon
- Kvalitativ og kvantitativ forskning
- Artikler fra 2008 til 2018
- Fagfellevurderte artikler

---

## 3.2 Datasamling

Før vi begynte å søke etter forskning så utformet vi et PI(C)O-skjema med de ordene vi mente var mest relevante i forhold til vår problemstilling. Vi valgte å bruke PI(C)O-skjema fordi vi har god erfaring med at det gjør søket enklere, og fordi ifølge litteratur er PICO-skjema hensiktsmessig å bruke for å strukturere et søk. Hver bokstav har sin egen betydning.

”P” står for pasient eller problem, her har vi brukt ”dementia” og ”coercion”.

”I” står for intervensjon, hvilket tiltak vi ønsker å undersøke, her har vi brukt ordene ”communication”, ”miljøbehandling” og ”person-centered”.

”C” står for kontrollgruppe, denne brukes hvis man vil sammenligne intervensjoner. Vi har ikke tatt med ”C” fordi vi ikke ønsker å sammenligne tiltak.

”O” står for resultat, her har vi valgt ordene ”quality of life” (Nordtvedt et al. 2012, s. 210).

## 3.3 Søkeprosessen

Gjennom søkeprosessen vår leste vi gjennom overskrifter og sammendrag for å finne ut om artiklene var hensiktsmessige for vår problemstilling. Hvis artiklene virket relevante, sjekket vi om vi kunne åpne de i fulltekst.

Oria har vært et godt hjelpemiddel, når de fleste artikler finnes i fulltekst. Før vi begynte søket vårt, la vi inn søkeordene vi ville ha med i MeSH-termer til engelsk, disse ble da:

Dementia, coercion, person-centered, quality of life, music, anger.

Etter å ha brukt MeSH-termene i ulike database leste vi gjennom artiklene for å vurdere om vi skulle ha de med i oppgaven vår.

Vi utførte søkene våre i Cochrane, Google Scholar, Oria og Sykepleien.no.

Vi begynte først å søke med enkeltord som ”dementia” men fikk da mange treff. Vi brukte ordene ”AND” og ”OR” for å avgrense søket ytterligere. På de artiklene vi fant og valgte å bruke, ble kun ”AND” brukt. Å bruke ”AND” gjør at man finner artikler som inneholder begge søkeordene. Vi brukte blant annet ”Dementia” AND ”coercion” og fant da forskning som var relevant for vår bruk (Nordtvedt et al, 2012, s. 55).

**Cochrane:**

Den 12.04.18 søkte vi i databasen Cochrane, denne inneholder artikler om helse, medisin og forskning. Her fant vi flere artikler, fikk til sammen 1 594 treff på søkeordene ”Dementia, ”Music” og ”Anger”. Etter å ha lest gjennom flere overskrifter og sammendrag valgte vi til slutt artikkelen ”Music First”.

**Google Scholar:**

Den 05.04.18 søkte vi i søkemotoren Google Scholar, det er en tilgjengelig søkemotor som inneholder akademisk litteratur og dekker de fleste tidsskriftsartikler som er publisert på nett. Her fikk vi først 20 40 000 treff på ”Dementia”, vi måtte vi bruke flere ord for å avgrense søket noe. Fikk da 14 500 treff på ”Dementia” og ”coercion”. Her valgte vi å ta med artikkelen ”How to avoid and prevent coercion in nursing homes: a qualitative study”.

**Oria:**

Den 17.04.18 brukte vi Høgskolen innlandet sin søkemotor, Oria. Denne inneholder blant annet tidligere master og bacheloroppgaver og artikler tilgjengelig i fulltekst. Her avgrenset vi søket fra 2008-2018 og valgte kun fagfellevurderte tidsskrift for å få opp vurdert og godkjent forskning. Vi begynte å søke med ”dementia” og ”coercion”, her fikk vi 948 treff og valgte artikkelen ”The ethics of coercive treatment of people with dementia”.

Deretter brukte vi søkeordet ”Person-centered” og fikk 20 499 treff, vi leste ikke gjennom noen av disse og gikk rett på søk med tre kombinasjonsord: ”Person-centered” og ”dementia” og ”quality of life”, fikk da 340 treff og valgte artikkelen: ”Person-centered care and quality of life patients with dementia in long-term care facilities”.

**Sykepleien.no:**

Den 17.04.18 og 18.04.18 gjennomførte vi et søk i Sykepleien.no, som inneholder blant annet vitenskapelige artikler fra inn- og utland. Her huket vi av på at vi kun ønsket å få frem forskning i søket vårt. Vi brukte først søkeordene ”demens” og ”tvang” og fikk 17 treff. Her valgte vi artikkelen ”Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang”.

Dagen etter gjorde vi det samme men med søkeordene ”Sykehjem” og ”miljøbehandling”, fikk da 15 treff og valgte artikkelen ”Erfaring med natur aktiverer minner og gir gode opplevelser for eldre på sykehjem”.

---

## 3.4 Kildekritikk

Litteratur hjelper oss til å se sammenhenger og utviklingstrekk. Kildekritikk omhandler å finne litteratur som belyser vår problemstilling og gjøre rede for hvorfor litteraturen er valgt i oppgaven (Dalland, 2017, s. 149-158).

For å kunne stole på resultatene i vår litteraturstudie har vi gjort en vurdering av artiklene. Gjennom Folkehelseinstituttet kunne vi bruke sjekklister for å vurdere artiklene med et kritisk blikk. Etter søk i databaser hadde vi 12 forskningsartikler vi ønsket å vurdere. Spørsmålene i de forskjellige sjekklisterne skulle bidra til en systematisk og bedre vurdering av kvaliteten på artiklene, ved å svare ja, uklart eller nei. Ut i fra det kunne vi klassifisere artiklene til gode eller dårlige og satt igjen med 6 forskningsartikler som hadde gyldighet, holdbarhet og en god relevans til vår problemstilling.

Vi kontrollerte forskningsartiklene vi fant etter IMRAD - prinsippet, introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Nortvedt et al., 2012, s. 69).

Vi mener at forskningsartiklene vi har funnet er betydningsfulle i oppgaven med relevant og troverdig litteratur innenfor demens, miljøbehandling og tvang.

## 3.5 Etiske hensyn

Forsberg og Wengström (2016) legger vekt på god etikk i vitenskapelig forskning. Vi har erfaring fra tidligere jobb og praksis i helsevesenet. I diskusjonskapittelet har vi brukt personlige erfaringer når vi har drøftet.

Eksemplene vi bruker fra praksis er konstruert på erfaringsbakgrunn og byr derfor ikke på forskningsetiske problemstillinger.

Forskningen vi har valgt å bruke i vår oppgave er godkjent av etiske komiteer på bakgrunn av at de er publisert i Høgskolens godkjente databaser. Et kritisk blikk har hjulpet oss for å se om de er relevante for vår oppgave. I forskningen vi har valgt å bruke er alle de involverte anonymisert, det ser vi på som etisk hensiktsmessig når personer med demens er i en sårbar situasjon.

Forskning er en nødvendighet og kunnskap kan ikke innhentes fra sårbare personer uten samtykke. Det er et av hovedfokusene i Helsinkideklarasjonen som også har et ansvar for å kontrollere om forskning holder god nok kvalitet (Førde, 2014).

## 3.6 Analyse

I følge Høgskolen i Innlandet sine retningslinjer for bacheloroppgaven, skal vi redegjøre for hvordan data er analysert. For at vi skulle få til å analysere de artiklene vi har funnet på en god måte, valgte vi å følge Evans (2002) sine fire faser for analyse. Denne måten av analysere på har styrket vår litteraturstudie ved at vi har fått en mer oversiktlig måte å analysere funnen våre på.

Den første fasen går ut på at man samler data som man skal analyseres, for å samle data laget vi inklusjon- og eksklusjonskriterier for snevre inn søket vårt. Vi fant her 12 forskningsartikler, og valgte å ta med 6 av de. Disse markerte vi med nummer fra 1-6 for å holde de sortert.

Den andre fasen til Evans (2002) så skal man indentifisere nøkkelfunnene i hver artikkel. Her begynte vi med å lese artiklene hver for oss, og markerte med hver vår markeringsfarge i det vi mente var viktig for å kunne svare på vår problemstilling. Dette er også noe som står sentralt i Evans (2002) sin artikkel, at man skal redusere teksten for å klare å finne ut av viktigheten i artiklene.

Den tredje fasen til Evans (2002) skal temaer som går igjen i artiklene identifiseres. For å få til dette gikk vi gjennom alt vi hadde markert på forhånd, for å diskutere om funnene våre var relevante nok og at vi hadde samme syn på det vi hadde markert i tekstene.

Den siste fasen til Evans (2002) går ut på å samle funnene i artiklene og lage en beskrivelse. Her samlet vi inn funnene i hver artikkel, og brukte det som et utgangspunkt for å få frem en sammenhengende og helhetlig tekst i resultatkapittelet vårt.

## 4. Resultater og funn

Hensikten med vår litteraturstudie var å finne forskning som kunne hjelpe oss å besvare vår problemstilling. I kapittel 4 presenterer vi 6 forskningsartikler.

### 4.1 Artikkel 1: “How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study”

Denne artikkelen brukte kvalitativ metode der 11 forskjellige grupper bestående av sykepleiere og annet helsepersonell uten formelle kvalifikasjoner. Til sammen var det 60 deltakere.

Studien viste at helsepersonell brukte mye tid på å bruke ulike tilnæringsmetoder for å unngå bruken av tvang. De mest vanlige strategiene som ble brukt var avledning og overbevisning. Personalet var bevisst på språkbruken, ulike typer fleksibilitet og en-til-en omsorg. Muligheten til å bruke disse strategiene var avgjørende av sykehjemmets ressurser og kompetansen til de ansatte. De ansatte synes at bruk av tvang er ubehagelig, og ble kun vurdert som siste mulighet hvis andre strategier ikke fungerte. Den nye reformen i Pasient- og brukerrettighetsloven har økt bevisstheten av bruken av tvang blant helsepersonell. Videre blir det beskrevet at helsepersonell skal bygge opp tillitt til pasienten som et tiltak. Personalet må prøve å få pasienten til å forstå at det er til sitt eget beste å motta behandling og pleie. Intervjuer med ansatte på sykehjem viste at de hadde en imponerende bruk av kreativitet for å takle pasientens motsettelse av hjelp. Det står videre at helsepersonell må involvere pasienten og ikke ta avgjørelser uten å inkludere pasienten, det er viktig for å bygge et tillitsforhold og styrke selvrespekten til pasienten. De som pleide å lykkes med ulike strategier hadde ofte høy kompetanse på området og hadde satt seg inn i historien til pasienten, slik at man hadde god relasjon til han eller hun (Gjerberg, Hem, Førde & Pedersen, 2013).

Noen av de som var med i studien var veldig opptatt av bruken av kommunikasjon. De var bevisste på hva de sa til enhver tid, de informerte eller veiledet i stedet for å be pasienten om å utføre konkrete oppgaver. Det blir presisert at i følge pasient- og brukerrettighetsloven at tvang ikke skal bli brukt på grunn av lite ressurser eller manglende kompetanse. Likevel kommer det frem at tvang oftere ble brukt i helgene når det var mangel på ansatte og ansatte som ikke var godt kjent med pasientene. Grunnen kan være at personer med demens ofte blir

---

rastløse og angstpreget når de møter ukjente mennesker. Det er viktig at det er nok kvalifisert helsepersonell på jobb, slik at disse kan veilede i ulike strategier for å unngå bruken av tvang. Kjente og kvalifiserte ansatte vil føre til et styrket forhold mellom de og pasientene. Det står at holdninger hos helsepersonell har stor betydning for å unngå bruken av tvang, har de ansatte dårlige holdninger vil tvang forekomme oftere når holdningene smitter over til pasientene (Gjerberg, Hem, Førde & Pedersen, 2013).

## 4.2 Artikkel 2: “The ethics of coercive treatment of people with dementia”

Denne artikkelen brukte kvalitativ metode bestående av et utvalg med 10 sykepleiere som alle hadde forskjellige arbeidsplasser.

Studien legger vekt på at alle mennesker har beskyttede rettigheter og frihet, inkludert at alle har rett til å ta egne avgjørelser, med mindre det er en lov som motsier. I møte med personer med demens er det ofte etiske dilemmaer, som står i strid med det som er god og trygg sykepleie i følge nasjonale retningslinjer. Mange sykepleiere må balansere mellom det som står i lovverk og det som er god sykepleie.

Det står i artikkelen at i de tilfellene hvor tvangsvedtak hadde blitt godkjent av legen, så prøvde alltid personalet å respektere pasienten ved å prøve å oppnå tillitt for å unngå bruk av tvang. For å få til dette var det personalet tilgjengelig dag og natt, for å tilby hjelp hvis nødvendig. Denne studien legger vekt på 8 sykepleierstrategier for å unngå bruk av tvang i møte med personer med demens. Lejman, Westerbotn, Pöder & Wadenstein (2013) skriver at disse går ut på:

- Å lage individuelle behandlingsplaner til hver og en pasient
- Opprettholde en god ernæringsstatus, det er med på å redusere angst og vandring. For å få til det måtte mobiltelefoner alltid være avslått under måltider, familie ble bedt om å komme enten før eller etter måltidene og personalet prøvde å ha passende samtaleemner for å fremme pasientenes selvfølelse.
- For å redusere følelsen av å være låst inne, måtte personalet være synlige og tilstede til enhver tid – samt gjøre aktiviteter sammen med pasientene, som gåturer, drikke kaffe og se i fotoalbumer. Aktiviteter måtte være planlagt individuelt til hver pasient, ut ifra deres behov.

- 
- Ved at lederen på sykehjemmet var synlig blant de ansatte og promoterte i lunsjtider for ulike sykepleiestrategier, ville føre til at alle ble oppmuntret til å tenke på tiltak som kan føre til mindre bruk av tvang.
  - For å unngå bruk av tvang, ble reminisens brukt som et verktøy blant alle de ansatte.
  - Dørene var ikke låst, men det var et overvåkingssystem som sa ifra når noen åpnet utgangsdøra. Det var med på at pasientene ikke følte seg innelåst.
  - De ansatte sitt kunnskapsnivå hadde mye å si for å unngå bruk av tvang, når de kjente pasientene godt fikk de til gode stell uten bruk av tvang og beroligende legemidler.
  - Det var ingen restriksjoner på å leie inn mer personale ved behov, var det behov for flere ansatte ble det leid inn.

### 4.3 Artikkel 3: “Pleie og omsorg I grenselandet mellom frivillighet og tvang”

Denne artikkelen brukte kvalitativ metode bestående av 60 deltakere fordelt på 11 grupper. Utvalget bestod av pleiepersonale på fem forskjellige sykehjem.

Resultatene fra studien viste at det å hjelpe personer med demens med personlig hygiene, byr på mange utfordringer. Det står at grensene mellom frivillighet og tvang ofte kan være uklare, og at frivillige situasjoner fort kan vippe i motsatt retning, tvang. Motstanden noen av pasientene viser, kan ofte være mot måten ting blir gjort på og ikke mot handlingen som blir utført. Basert på videoopptak i ulike situasjoner kom forfatterne frem til at trekk ved pleieres adferd bidro til økt aggresjon blant personer med demens. Det kunne være konfronterende kommunikasjon, mangel på respekt, dårlig tid og dårlige forberedelser før noe skulle skje. Det kom frem at å ikke bruke tvang, faktisk redusert aggresjon hos pasientene.

Suksessfaktorer får å få til gode stell var, ifølge pleierne at det var stort fokus på her og nå situasjoner, som førte til anerkjennelse hos pasientene. Pleierne unngikk bevisst å stille spørsmål som kunne skape forvirring, de skapte rolige situasjoner ved å senke tempoet og hadde oversiktlige situasjoner så pasientene kunne få oppleve kontroll (Hem, Gjerberg, Pedersen & Førde, 2011).



---

#### 4.4 Artikkel 4: “Person-centered care and quality of life of patients with dementia in long-term care facilities”

Denne artikkelen brukte kvalitativ metode i form av intervjuer og kvantitativ metode ved bruk av spørreskjemaer. 3 sykehusavdelinger og 3 sykehjemsavdelinger var med i studien. Studien legger vekt på at livskvalitet er et viktig mål i demensomsorgen. Det viser seg at personsentrert omsorg scorer høyere hos pasienter i langtidsavdelinger enn hos pasienter som er på sykehus. Det blir lagt frem at de daglige rutinene kan være årsaken. Det å ha lite fokus på personsentrert omsorg kan gi dårligere opplevelse av livskvalitet, og studien konkluderer med at det må være mer fokus på livskvalitet i møte med personer med demens (Terada et al., 2012).

#### 4.5 Artikkel 5: “Music first”

Artikkelen brukte kvantitativ metode som varte over 5 måneder og ble delt i 3 intervaller. Utvalget bestod av 104 beboere delt i to grupper på et sykehjem. Grunnet frafall var det 12 som ikke fullførte studien.

Studien legger vekt på bruken av musikk som et alternativ til å redusere utagerende adferd og symptomer på demens. De ansatte på sykehjemmene sa at bruken av musikk resulterte i et roligere, mindre anspent og stressende miljø. Et roligere miljø smittet over på personalet og gjorde de mindre stresset. Det at pasientene ble roligere, kunne ha mye å gjøre med at musikken gjorde personalet med balansert.

I løpet av studiet ble det ikke observert noen forandringer i bruken av medikamenter – men at musikk var med på å forebygge og behandle utagerende adferd hos personer med demens (Shiltz et al., 2018).

#### 4.6 Artikkel 6: “Erfaring med natur aktiverer minner og gir gode opplevelser for eldre på sykehjem”

Artikkelen brukte kvalitativ metode. Det var 8 deltakere i alderen 62-90 år som ble intervjuet to ganger.

Denne studien viser at kontakt med naturen kan fremme trivsel hos beboere på sykehjem, og at det er for lite brukt i miljøbehandlingen. Det å være ute i naturen kan ha stor betydning for

livskvaliteten til de eldre. Det er rapportert at de som kommer seg ut av sykehjemsavdelingen føler mer glede, velvære og livskvalitet enn de som jevnlig oppholder seg inne. Studien legger vekt på at det å oppholde seg i naturen kan aktivere et samspill av tanker, følelser, minner og virke stressreducerende for pasientene. Betydningen av sansehager på sykehjem har rapportert at personer med demens får bedre søvn, reduksjon i alvorlige fall og mindre bruk av psykofarmaka. Det å ha tilrettelagt et godt utemiljø eller en sansehage, vil kunne bidra til at det er lettere for pasientene å ha noe å snakke om (Johansen & Gonzalez, 2018).

## 5. Diskusjon

I kapittel 5 diskuterer vi ulike tilnæringsmetoder, kommunikasjonsteknikker og miljøtiltak som kan brukes for å forebygge bruken av tvang og makt. Vi har også diskutert hvilken betydning personalets holdninger og kunnskapsnivå har i møte med personer med demens. Vi har gode erfaringer fra praksis som vi har med i drøftingen, og vi har funnet relevant forskning som skal hjelpe oss å svare på vår problemstilling.

### 5.1 Hvordan skape tillitt mellom pasient og sykepleier

For å forebygge bruken av tvang er tillitsskapende arbeid et viktig tiltak som sykepleiere og annet helsepersonell må ha god kompetanse om, vi som helsepersonell er pålagt til å prøve å skape tillit til pasienten som et tiltak (Gjerberg, Hem, Førde & Pedersen, 2013).

Det å bygge opp tillit til en pasient er tidkrevende, men det er også fort gjort å bryte ned igjen. For å oppnå tillit må det oppstå en relasjon mellom sykepleier og pasient, for å oppnå tillitt må de fem fasene til Joyce Travelbee følges. Vi som sykepleiere må forholde oss til ethvert menneske som en unik person, vår oppgave er at den syke skal kunne klare å føle mestring og finne mening og håp tross sykdom. For at sykepleier skal oppnå tillit til pasienten må han eller hun ha et genuint ønske om å hjelpe, etter pasientens ønsker og behov (Kristoffersen, 2011, s. 220-221).

Artikkelen til Gjerberg, Hem, Førde & Pedersen (2013) støtter opp at tillit skal brukes som et tiltak for å unngå bruk av tvang. Artikkelen forteller videre om at det er viktig at kjente og kvalifiserte ansatte vil føre til et styrket forhold mellom de og pasientene. De første dagene i praksis fikk vi oppleve at det er utrolig viktig å skape relasjoner og oppnå tilliten til enhver pasient. Virkeligheten for personer med demens kan oppleves kaotisk og truende fordi det er vanskelig å forstå situasjoner. De blir sårbare i møte med andre mennesker, derfor ser vi at en bevisst vennlig og tillitsskapende omgangsform er svært viktig for at pasienten skal føle trygghet og ivaretagelse (Munch, 2008, s. 318). Vi synes det var vanskelig å få gjennomført gode morgenstell, da tilliten til pasienten ikke var tilstede og situasjoner kunne misforstås. Vi synes det var betryggende å gå sammen inn til pasientene med en sykepleier, som hadde gode relasjoner til pasientene og hadde mye kompetanse innenfor demensomsorgen. I løpet av den første perioden i praksis, lærte vi viktigheten av tilstedeværelse og væremåte i møte

---

med personer med demens. Dette bidro til at vi kunne hjelpe pasienter etter deres ønsker og behov.

Lovens formulering i kapittel 4A sier at det skal benyttes tillitsskapende tiltak for å kunne hjelpe pasienten før tvang skal brukes. Det handler om å møte pasienten med en god faglig tilnærming og møte den problematikken personen sliter med. Sykepleiere er forpliktet til å forsøke å oppnå en allianse med pasienten for å unngå bruk av tvang og makt for å oppnå forsvarlig helsehjelp (Johnsen & Smebye, 2008, s. 220).

## 5.2 Når tillitten brister og tvang blir den siste utvei

Helt grunnleggende før det skal bli benyttet tvang, skal man forsøke å få pasienten til å bli frivillig med på helsehjelpen ved å bruke ulike tilnæringsmetoder og andre tillitsskapende tiltak. Hvis pasienten fortsetter å yte motstand, kan det treffes et vedtak om helsehjelp hvis det foreligger at unnlatsen av helsehjelpen kan føre til vesentlig helseskade. Bruken av tvang kan kun brukes hvis det er fattet et vedtak, og at det helt klart er den beste løsningen for pasienten (Johnsen & Smebye, 2008, s. 220-221).

Grensene er ofte uklare i helsevesenet mellom frivillighet og tvang, og det blir ofte brukt tvang og makt på sykehjem - med og uten tvangsvedtak. Etter at Kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven kom, er det blitt klarere juridiske "kjøreregler" i situasjoner hvor man står overfor pasienter som mangler samtykkekompetanse, og som motsetter seg den nødvendige og forsvarlige helsehjelpen (Johnsen & Smebye, 2008, s. 219).

I artikkelen til Gjerberg, Hem, Førde & Pedersen (2013) kommer det frem at det nye kapittelet (4A) har gjort helsepersonellet i studiet mer bevisst på bruken av tvang, likevel kom det frem i studien at tvang oftere ble brukt i helgene da det var mangel på kompetanse og lite ressurser. Da vi var på skjermet enhet i praksis hadde vi arbeidshelg, for å se hvordan avdelingen fungerte i helgene. Her opplevde vi at det var mangel på ansatte som hadde gode relasjoner og kjennskap til pasientene – som igjen førte ofte til en økende uro på avdelingen.

Vi opplevde i flere situasjoner at helsepersonellet på avdelingen var stresset og tiden ikke strakk til, vi merket at stresset "smittet" over på pasientene. Forskning viser at når helsepersonell er roligere, mindre ansent og balansert fører det til at pasientene på

---

institusjon blir roligere og det reduserer utagerende atferd hos personer med demens (Shitz et al., 2018).

I ukedagene da det var faste ansatte og tilstrekkelig bemanning på avdelingen, observerte vi at sinnsstemningen var en helt annen, vi så at pasientene hadde det mye bedre med seg selv og at de følte en indre ro.

I situasjoner kan det bli opprettet et tvangsvedtak om hjelp til personlig hygiene.

Informasjon om ønsker og behov kan hentes fra pårørende, som kan fortelle om pasienten tidligere har vært opptatt av å være ren og velstelt. Det kan være en konklusjon fra legen og primærsykepleier etter god dokumentasjon at pasientens demenssykdom har skapt manglende innsikt i situasjonen (Grude, 2016, s. 220). Når nødvendig helsehjelp ikke kan gjennomføres for å kunne bidra til ivaretagelse og hindre utvikling av annen sykdom, etter at tillitsskapende tiltak er utprøvd, kan tvang bli den siste utvei. I forskning kom det frem at ansatte følte ubehag ved bruk av tvang, noe som vi har opplevd selv i praksis. Vi har vært nødt til å bruke tvang da pasientene har vært utagerende og ikke forstått sitt eget beste i stellesituasjoner. Vi har opplevd stygge ord og fysisk utagering av pasienter og i disse situasjonene har vi vært bevisst at det er sykdommen og ikke pasienten som kommer frem. Ved bruk av affekttoleranse har vi akseptert de følelsene som har blitt vekket i oss (Eide & Eide, 2007, s. 49).

### 5.3 Hvordan skape økt livskvalitet: Sansehage, musikk og hukommelsesstimulerende terapi som miljøbehandling

På skjermede enheter er det ofte et tilrettelagt utemiljø i form av sansehagen. En sansehage bør legge til rette for ulike aktiviteter som kan engasjere alle pasientene ut fra interesser og ferdigheter. Eksempler på ulike aktiviteter som kan gjøres i en sansehage er såing, vanning, lusing, plukking av blomster, rake/koste løv eller plukke bær. For å gjøre en sansehage mer personlig for pasientene, kan man bringe inn kjente elementer fra pasientens tidligere hjem eller barndom. Man kan planlegge ulike aktiviteter ut fra hvilken årstid det er, for noen kan det være nok å kjenne at sola varmer i ansiktet (Rokstad, 2008, s. 157).

Personer med demens har et behov for å være aktive i dagliglivet, for å opprettholde sine ressurser. Men som alle andre har de også et behov for pauser i aktivitetene. Det å klare å opprettholde slike pauser kan være krevende på institusjoner hvor det er andre pasienter,

---

lyder og bevegelser som kan distrahere pasienten. På samme vis som det er risiko for mangelfull stimulering, må man også være klar over risikoen for overstimulering (Rokstad, 2008, s. 156). Det er derfor viktig at sykepleiere har kunnskap om forstyrrende elementer i demensomsorgen.

En sansehage kan gi motsatt virkning hvis aktivitetene og støynivået ikke er tilpasset hver enkelt individ. For mange sanseintrykk på en gang kan gi en motsatt effekt enn det man ønsker. Vi opplevde blant annet i praksis at hvis for mange brukte sansehagen samtidig, førte det til stress som igjen førte til at pasientene kunne bli utagerende og urolige. Vi mener derfor at sykepleiere og annet helsepersonell som jobber med personer med demens alltid må tilrettelegge bruken av sansehagen.

I følge Johansen & Gonzalez (2018) blir sansehage for lite brukt i miljøbehandlingen, enda det er rapportert at de som kommer seg ut i frisk luft har en større opplevelse av glede, velvære og livskvalitet. Det å oppholde seg ute er med på å aktivere et samspill av tanker, følelser, minner og virker stressreducerende for personer med demens.

Vi har som regel gode erfaringer med bruken av sansehage i møte med personer med demens. På avdelingen vi var på hadde vi en pasient som ofte var urolig og vandret mye. Da han fikk komme ut i frisk luft og gjorde aktiviteter som raking av løv og bæring av ved, så vi på hele han at han opplevde mestring og følte seg nyttig. Å se ansiktet til pasienten lyse opp, gjorde noe med oss som personer - da følte vi oss nyttige. I følge Travelbee er sykepleierens mål og hensikt å få den syke til å oppleve mestring og håp (Kristoffersen, 2011, s. 217). I praksis fikk vi oppleve hvor viktig og nyttig en sansehage er å bruke som en del av miljøbehandlingen. Vi synes derfor det er viktig at sykepleiere bør få en økt kunnskap om hvilken effekt bruken av sansehager gir.

Hovedbudskapet til Audun Myskja (2006) er at musikkterapi som kan bli brukt som ikke-medikamentell behandlingsform, viser seg å være mest effektiv hos urolige pasienter med kognitiv svikt (Myskja, 2006, s. 7).

Musikk kan brukes som avspenning for å redusere spennings- og aktivitetsnivået. At en pasient som får tilstrekkelig hvile og ro kan hjelpe til å bearbeide vonde følelser og motvirke stress, angst og uro. Musikken som blir brukt bør være kjent for pasienten og oppleves som trygg. For at personen som lytter til musikken skal redusere spennings- og aktivitetsnivået må tempoet være rolig. Det står i litteratur og sangtekster skal unngås, for at pasienten skal

---

slippe å bruke energi på å forstå ord (Rokstad, 2008, s. 165). I løpet av våre tre år på sykepleierstudiet har vi flere ganger opplevd at sanger og viser fra barndommen har gjort pasientene glade. Vi har fått se at personer med demens som har vanskeligheter med å finne ord og uttrykke seg, faktisk har blitt med å sunget sanger som var kjent fra deres barndom. Vi har blant annet brukt musikk som et hjelpemiddel ved morgenstell - når vi har sunget sanger som vi vet pasienten har gode minner fra har det i noen tilfeller fungert. Da dette har blitt prøvd ut har pasienten blitt glad og mer mottakelig for hjelp i stellesituasjoner. Dette er nødvendigvis noe som ikke fungerte i alle tilfeller, men musikken gjorde at vi fikk til gode morgenstell uten bruk av tvang opptil flere ganger. Det er viktig at sykepleiere har kunnskap om at det som fungerer for én nødvendigvis ikke fungerer for alle og enhver. I demensomsorgen har vi fått oppleve og erfart at man må ta en dag og en situasjon om gangen. Det tiltaket som fungerte godt en dag kanskje ikke fungerer neste dag.

I følge studien til Shiltz et al. (2018) er bruken av musikk et godt alternativ til å redusere utagerende atferd og symptomer på demens. Vi synes det er viktig at bruken av musikk bør legges til rette for personer med demens. Det er viktig at sykepleiere kartlegger pasientenes individuelle musikkpreferanser. Hvis en ikke vet hvilken musikk pasienten foretrekker, kan man risikere å bruke noe som pasienten opplever som støy og vil føre til økt uro og irritasjon (Rokstad, 2008, s. 166). Har pasienten vanskeligheter med å uttale seg og vi ikke klarer å innhente tilstrekkelig informasjon, kan pårørende være en viktig ressurs for å innhente data. Vi har gode erfaringer med å samtale med pårørende for å finne ut av hvilke aktiviteter som kan brukes som miljøbehandling. Som nevnt tidligere i dette kapitlet, opplevde vi en pasient som var urolig og vandret mye. Det var etter samtale med kona vi fant ut at han hadde vært en veldig aktiv mann, og det var da vi la til rette for aktiviteter i sansehagen - for at han skulle få utløp for sin motoriske uro. Pårørende bør brukes for det de er verdt, mye verdifull informasjon kan hentes ut fra disse samtalene.

Hukommelsesstimulerende terapi er et gruppeprogram for personer med demens.

Programmet går ut på at to ansatte møter en mindre gruppe med personer med demens i 45 minutter 2 ganger ukentlig. Disse timene skal være morsomme, både for de ansatte og for pasientene. Hensikten med terapien er verdsette pasientens meninger, utfordre dem kognitivt og tilby de et valg. I en artikkel vi har funnet viser at personer med demens som har fått hukommelsesstimulerende terapi ble mindre deprimerte og forbedret den kognitive funksjonen. I artikkelen står det at personer med demens ikke fikk forbedret livskvaliteten. Ut ifra erfaringer med denne pasientgruppen velger vi å tro at det kan det være en mulighet

---

for at hukommelsesstimulerende terapi kan påvirke livskvaliteten til det bedre (Stewart et al., 2017).

## 5.4 Personlig hygiene – den store utfordringen

Tidlig i livet lærer mennesket å holde kroppen ren og velstelt. Stellet i omsorgstjenesten er en sentral arbeidsoppgave som krever mye av personalets tid og er en stor mulighet for krenkelse. Evnen til å ta vare på egne grunnleggende behov kan påvirkes av nedsatte mentale funksjoner. Hos personer med demens kan de mestre det motoriske men glemmer ofte hva som skal skje (Brodtkorb, 2014, s. 175). Sykepleier skal bidra til at pasienter kan opprettholde sine grunnleggende behov. I følge Travelbees tenkning skal vi hjelpe den syke til å føle mestring og fremme en god helse.

Hem, Gjerberg, Pedersen og Førde (2010) mener at det kan oppstå motstand i hvordan ting gjøres, enn motstand mot selve handlingen. I en stellesituasjon kan det ofte oppstå utfordrende atferd hos personer med demens. Den utfordrende atferden som oppstår reflekterer ofte til pasientens trivsel og reaksjon på situasjonen. Denne atferden må ikke sees på som unormalt, men heller en måte pasienten kommuniserer på.

I en sårbar situasjon er det viktig å huske at det som er rett for deg ikke nødvendigvis er rett for pasienten (Rokstad, 2008, s. 70-75).

I stellesituasjoner forsøkte personalet ofte tillitsskapende tiltak og lot pasientene stille seg selv i eget tempo, for å opprettholde et positivt miljø på avdelingen. Personsentrert omsorg handler blant annet om å tilrettelegge for at pasienten skal bruke egne ressurser, slik at han eller hun får en følelse av selvstendighet. Når sykepleiere klarer å tilrettelegge for at pasientens skal bruke egne ressurser, vil pasientens funksjonsnivå opprettholdes over lengre tid. Vi hadde et stort fokus på dette i praksis, da det ble gjort følte vi en respekt av personens identitet, selvbilde og livskvalitet.

Ofte oppstod det raskt tvang og krenkelser overfor pasienten da de ikke forstod situasjonen og det var et stort behov for helsehjelp. Det var ofte ved ivaretagelse av personlig hygiene, tvang ble brukt som tiltak da tiden ikke strakk til og andre tillitsskapende tiltak ikke var til hjelp. Vi følte at vi handlet integritetstruende mot pasienten og det var emosjonelt belastende for oss å benytte tvang som tiltak.



---

I henhold til yrkesetiske retningslinjer (2007) har sykepleier en plikt til å ivareta pasientens ønsker og verdier. Samtidig skal vi yte sykepleie som er nødvendig og faglig forsvarlig. For at tvang skal være et tiltak står det i Pasient og brukerrettighetsloven (2013) § 4A at tillitsskapende tiltak skal være prøvd og samtykke må bortfalle delvis eller helt på grunn av for eksempel demenssykdom. I slike situasjoner må pasienter ha et tvangsvedtak etter god dokumentasjon, som kan gi helsepersonell rettigheter til å utøve tvang ved situasjoner der pasienten ikke forstår sitt eget beste. Lejman, Westerbotn, Pöder & Wadenstein (2013) forteller at alle har rett til å ta egne avgjørelser med mindre en lov motsier dette.

I praksis fikk vi delte opplevelser og erfaringer med bruk av tvang. Det er viktig å ivareta pasientens behov samtidig sørge for sikkerhet for pasienten, helsepersonell og pårørende. I slike situasjoner stod vi ofte i et etisk dilemma og vanskelig situasjon. Hvor lenge kunne vi avvende situasjonen eller skulle vi bruke tvang som var vedtatt for personlig hygiene mot pasientens vilje? Det var veldig vanskelig å avgjøre da det kunne komme i konflikt mellom det helsepersonell ser som nødvendig og det pasienten selv opplever som nødvendig.

For å unngå bruk av tvang har Lejman, Westerbotn, Pöder & Wadenstein (2013) laget 8 sykepleiestrategier. I praksis opplevde vi selv at en individuell plan ga oss økt kunnskap om hva pasienten aksepterte og likte, for å kunne utføre det gode stell. Utfordringen på institusjon kan være balansegangen mellom avhengighet og uavhengighet. Ofte kan en møte helsepersonell som ikke har fått veiledning hos pasienter, da pleiere med liten kompetanse føler seg presset til å være effektive og tidspresset kan føre til at avgjørelser tas uten pasienten medbestemmelse (Brodtkorb, 2014, s. 181-182). En individuell plan kan forebygge pasientens utvikling av demens og lettere tilpasses pasientens mestringsnivå. Vi ser på individuell plan som et hjelpende verktøy for å beholde kompetanse hos helsepersonell og lettere skape en god relasjon til pasienter med demens. Sykepleiere har en viktig oppgave med å organisere og lede stellet, som skaper en kultur der stellet verdsettes. Når stellet blir en verdig og god situasjon for helsepersonell og pleiere, minsker faren for krenkelse av pasienten og bruk av tvang (Brodtkorb, 2014, 178).

---

## 5.5 Bruk av gode kommunikasjonsteknikker

God kommunikasjon kan være et verktøy som er hjelpende og pasientrettet. Sykepleierens holdninger til pasienten og sykdommen er avgjørende for god kommunikasjon. Målet er å kommunisere entydig og troverdig, samtidig skape klarhet, trygghet og nærhet. Vi kan skape en relasjon med pasienten ved å tolke verbale og nonverbale signaler som påvirker opplevelsen av hverandre (Wogn-Henriksen, 2008, s. 90). Dette speiler seg inn i grunnlaget for det Travelbee kaller et menneske-til-menneske-forhold. I følge Travelbee er kommunikasjon et av de viktigste redskapene til en sykepleier.

Kommunikasjonsprosessen blir utfordret i møte med personer med demens. Personer med demens har en større eller mindre grad av svikt i oppmerksomhet, forståelse, korttids- langtidshukommelse og evne til nonverbal og verbal kommunikasjon. (Eide & Eide, 2007, s. 382). I praksis var det fokus på korte setninger slik at de lettere kunne holde konsentrasjonen samtidig viste vi interesse i kroppsspråket som øyekontakt og tilstedeværelse. Eide & Eide (2007) påpeker viktigheten av tillitt og respekt i kommunikasjonen med demensrammede ved å ta seg god tid og vise interesse. For pasienter kan det være vanskelig å forstå og tolke ordene som blir brukt under en samtale og kan fort skape usikkerhet. I praksis opplevde vi at i samtaler der pasienter ble utrygge ofte valgte å reagere med sinne og frustrasjon. Det var ikke lett å etablere en kontakt og forstå hva personen mener med sin adferd og utsagn. Forskning viser at ved bruk av ulike tilnæringsmetoder som språkbruken og en-til-en omsorg, var forebyggende for å unngå bruken av tvang (Gjerberg, Hem, Førde & Pedersen, 2013).

Ulike kommunikasjonsverktøy brukes for å oppnå hensikter eller resultater, men vi må være bevisst om valget av de forskjellige verktøyene. Det er viktig å huske at kommunikasjon også er relatert til sansemessig funksjon som hørsel som kan svekke evnen til verbal forståelse og syn som begrenser non-verbale signaler (Wogn-Henriksen, 2008, s. 97). For å finne riktige sykepleietiltak må de samsvare med pasienten ønsker og behov, derfor er kommunikasjon veldig sentralt. I praksis erfarte vi at det å hente frem personlige og meningsfulle hendelser fra fortiden bidro til å skape ro og en livskvalitet. Vi viste ofte bilder som var på pasientens rom, spurte om personer og det som kom til tankene. Lejman, Westerbotn, Pöder & Wadenstein (2013) viser også i sin forskning at det er lagt fokus på bruk av reminisens som et verktøy blant de ansatte for å forebygge bruken av tvang og makt. Alle pasienter hadde en personlig versjon og relasjon rundt minnene. På gode vårdager var vi ofte

---

i sansehagen som vekke luktesansen og en opplevelse av å fortelle. Det oppstod situasjoner der pasienten mistet oversikten og kom med egne antakelser, da var det for noen en trygghet at vi formidlet og korrigerer til riktig informasjon av deres minner. Måten realitetsorientering blir formidlet på har en stor betydning for resultatet. I andre situasjoner kunne vi miste tillitten til pasienten da vi orienterte dem for tiden og korrigerer for stedet de befant seg på. I neste møte valgte vi å bruke validering som kommunikasjonsteknikk. I stedet for å korrigerer, ønsket vi å forstå hva personen var opptatt av og vektlegge personens emosjonelle verden.

Gjennom livet har vi lært handlinger gjennom gjentatte repetisjoner. En person kan innhente informasjon ved detaljer som blir ledetråder fra omgivelsene. I et hverdagslig morgenstell har de lært rutiner i kroppen men kan glemme hva som skal skje grunnet den kognitive svikten (Rokstad, 2008, s. 42). I praksis opplevde vi situasjoner der tvang ble utført. En pasient forteller til pleier ”Dette er ikke greit”, i det nedentil vask blir gjennomført. Gjennom detaljene kjenner personen på at det ikke er en vanlig rutine og at noe ikke stemmer. En annen situasjon var når pasienten måtte skjermes på rommet for å bevare sikkerheten. Pasienten ytret: ”Jeg orker ikke mer, jeg vil dø” samtidig som han slo seg i hodet. Det å høre en pasient fortelle slikt var urovekkende og vanskelig for oss.

Det er en stor utfordring å forstå hva som er pasientens vilje eller hva som er endret atferd som følge av sykdommens påvirkning (Rokstad, 2008, s. 78). I situasjonen over var det vanskelig å tyde om pasienten hadde smerter i hodet eller et klart øyeblikk. Vi følte dette var et etisk dilemma, burde vi ha gitt pasienten smertestillende eller burde vi bidratt med empati og sympati i denne situasjonen? Hverdagen i demensomsorgen blir de etiske spørsmålene og dilemmaene innvevd og stadig mer aktualisert. Det er viktig å reise etiske diskusjoner for å vurdere enkelte pasienters behov for å få flere sider av saken (Rokstad, 2008, s. 79).

---

## 5.6 Holdninger og kunnskap blant helsepersonell

Personalets holdninger til personer med demens er en avgjørende faktor for pasientens medvirkning eller ikke. Hvis personalet i sykehjem får til brukermedvirkning i samhandlingen med personer med demens, oppleves det større jobbtilfredshet og mindre utbrenthet. De fleste i helsevesenet har i de fleste tilfeller kjent følelsen av å være sliten, i disse tilfellene vil man være mindre sensitiv overfor pasientenes behov og mer oppgaveorientert. Det er i disse tilfellene at sannsynligheten for bruk av tvang øker (Johnsen & Smebye, 2008, s. 226).

På sykehjem og andre institusjoner er det til tider vikarer og ufaglærte som jobber, disse innehar ikke det samme kunnskapsnivået som en sykepleier. Vi har begge vært i praksis både på sykehjem og skjermet enhet og opplevde dette. En kan tenke seg til hvis en ufaglært skal hjelpe en pasient med dusj, og pasienten motsetter seg, og den ufaglærte må bruke tvang for å få gjennomført dusjingen. Her ville mest sannsynlig en sykepleier med et høyere kunnskapsnivå prøvd ut flere tiltak for å unngå bruken av tvang. Det kommer frem i studien til Gjerberg, Hem, Førde & Pedersen (2013) at tvang oftere forekom i helger da det var mindre kjente ansatte på jobb.

Vi tenker det er viktig at vi som sykepleiere har gode kunnskaper i møte med personer med demens, når denne pasientgruppen noe vi kan møte i flere institusjoner – både på sykehjem, sykehus og i hjemmesykepleien. Vi må sikre at personer med demens får god nok omsorg, det er viktig at omsorgsgiverne har et høyt faglig nivå, det vil redusere bruken av tvang overfor pasientene (Johnsen & Smebye, 2008, s. 229).

Vi har i løpet av vår praksisperiode møtt ansatte som hadde dårlige holdninger ovenfor denne pasientgruppen. Vi har flere ganger hørt ansatte omtale demente pasienter som *vanskelige* og *utakknemlige*. Slike holdninger synes vi ikke hører hjemme i møte med noen som helst pasienter – her bør ledelsen ta tak og fremme gode holdninger på arbeidsplassen. I følge Rokstad (2008) har lederen en stor innvirkning på avdelingen. Når man skal jobbe med personer med demens må man alltid tenke over holdningene sine, nettopp fordi holdninger har en stor betydning for å unngå bruken av tvang. Har de ansatte dårlige holdninger vil tvang forekomme oftere fordi dårlige holdninger vil smitte over til pasientene (Gjerberg, Hem, Førde & Pedersen, 2013).

På det ene praksisstedet vi var på synes vi lederen fremmet gode holdninger blant de ansatte, hun hadde ordnet så det var en etisk faglig diskusjon en gang i måneden. Her fikk alle ansatte som ville være med for å snakke om vanskelige situasjoner som hadde oppstått. Vi fikk være med på dette i løpet av perioden vår, vi fikk blant annet tatt opp en situasjon hvor en pasient nektet morgenstell og var apatisk i møte med alle de ansatte. Her fikk vi flere tips og tiltak vi kunne prøve ut for å prøve å unngå bruken av tvang. Vi tenker derfor at etiske diskusjoner og refleksjoner burde bli løftet i alle avdelinger som har pasienter med demens.

Sykepleiere må ha gode holdninger i møte med alle pasienter, det er spesielt viktig i demensomsorgen for at vi skal klare å fremme god livskvalitet hos pasientene. I studien til Terada et al. (2012) kom de frem til at livskvaliteten scorer høyere hos pasienter på langtidsavdelinger enn på sykehus. Grunnen kunne være de daglige rutinene. Vi har begge vært på sykehus og møtt pasienter med demens der, vi har kjent på følelsen at vi ikke har hatt god nok tid til nettopp disse pasientene og det har ofte ført til blant annet en urolig og utagerende adferd. Vi har fått sett at personer med demens har det mye bedre med seg selv når de kjenner rutinene og personalet. Det er her vi har forstått viktigheten med kontinuitet i omsorgen og det å kjenne pasienten for å få til et menneske-til-menneske forhold som Joyce Travelbee har stort fokus på i sin teori.

---

## 6. Konklusjon

Hensikten med vår oppgave var å se på ulike metoder sykepleiere kan gjennomføre for å bidra til å forebygge bruk av tvang og makt hos personer med demens på institusjon. I litteraturstudien vår har vi kommet frem til ulike faktorer som belyser temaet gjennom forskning, litteratur og egne erfaringer i møte med personer med demens.

Som sykepleiere må vi kjenne til lovverket, ha gode kunnskaper og klare å skille mellom frivillighet og tvang – har man det som grunnlag er man på god vei til å bidra til å forebygge bruken av tvang i demensomsorgen.

Forskningen som vi fant la mye vekt på at sykepleiere må skape tillitt til pasienten for å ha et godt utgangspunkt. Det hadde mye å si at sykepleierne kjente pasientene for å forebygge bruken av tvang, det er noe vi erfarte selv tidlig i praksis da vi hadde lite kjennskap til pasientene og tillitten ikke var tilstede.

Vi har kommet frem til at bruken av kommunikasjon er særdeles viktig i møte med personer med demens. Sykepleiere må ha kompetanse om reminisens, validering og realitetsorientering. Et stort fokus på de verbale og non-verbale kommunikasjonsteknikkene er et godt verktøy for å bidra til å forebygge bruk av tvang og makt. Å klare å bruke kommunikasjon på en god måte anser vi som en av de viktigste egenskapene en sykepleier kan inneha – når kommunikasjon er noe man bruker for å bygge opp tillitt, trygghet og motivasjon i møte med pasienter.

Gjennom vår oppgave har vi sett viktigheten av miljøbehandling for at personer med demens skal få økt opplevelse av livskvalitet. Forskning og egne erfaringer har gitt oss fokus på daglige aktiviteter som gir pasienten en innholdsrik hverdag og har redusert bruken av tvang. I vår oppgave har vi fokusert på musikk og sansehage som miljøbehandling. Nyere forskning har kommet frem til at det blir brukt for lite i miljøbehandlingen, vi så nytten av disse tiltakene i praksis og tenker derfor at sykepleiere må jobbe fokusrettet for å få dette tilrettelagt.

En av de store faktorene for å forebygge bruken av tvang og makt er helsepersonellens holdninger, det er avgjørende for om pasienten medvirker eller ikke. Forskning har vist at ansatte med dårlige holdninger kan smitte over til pasientene, det kan skape unødvendig bruk av tvang. En sykepleier med et høyt kunnskapsnivå og gode holdninger vil trolig ha prøvd ut flere tiltak for å unngå bruk av tvang og makt.

---

I praksis har vi brukt Kapittel 4A for å forebygge bruken av tvang og makt. Vi tenker at sikkerheten rundt bruk av tvang og makt er blitt bedret for pasientene og helsepersonell etter at Kapittel 4A ble vedtatt.

Selv om oppgaven er å finne ut av hvordan sykepleiere kan bidra til å forebygge bruken av tvang, må tvang i enkelte tilfeller til hvor pasienten ikke forstår sitt eget beste.

I møte med personer med demens vil det alltid være situasjoner hvor det er faglig og etisk riktig å gjennomføre helsehjelpen selv om pasienten motsetter seg. Når tvang er siste utvei må helsepersonell ha tilstrekkelig kunnskap for å gjennomføre det pasienten føler er et overgrep, på en best mulig og skånsom måte.

Vi mener at bruk av tvang og makt ofte blir brukt i situasjoner hvor andre tiltak burde vært prøvd ut. Lovverket hjelper oss med å forebygge, men det er vi som sykepleiere som må stå i de vanskelige etiske situasjonene og avgjørelsene.

## 6.1 Veien videre

Demensplanen 2020 fra regjeringen viser tall på at personer med demens mest sannsynlig vil fordobles i løpet av 30 til 40 år. utfordringene som oppstår i dagens miljø er lite bruk av aktiviteter, behandlingsformer og opplevelse av mestring. Samfunnet vil bli preget av økt andel av eldre mennesker og fremtiden vil ha mangel på mennesker som påtar seg omsorgsoppgaver. Regjeringen har vedtatt en plan, kompetanseløftet 2020, som skal sikre rekruttering, god kompetanse og fagutvikling.

Helse- og omsorgsdepartementet har laget en reform for at eldre skal få muligheten til å bo hjemme så lenge som mulig. Reformen legger vekt på at eldre bør få et tilbud om minst en time meningsfull aktivitet hver dag med fokus på interesser og ønsker. "Leve hele livet" har satt fokus på en ny og bærekraftig politikk som tilrettelegger for en god og trygg alderdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2018, s. 7).

Vår bacheloroppgave har vekket vår interesse på veien videre som sykepleiere, for å holde oss oppdatert på teori og forskning. Riktig kunnskap og kompetanse er viktig for at personer med demens skal bli møtt av faglige og dyktige ansatte i helse- og omsorgstjenesten.

---

## 7. Litteraturliste

Myskja, A. (2006). *Den siste song – sang og musikk som støtte i rehabilitering og lindrende behandling*. Bergen: Fagbokforlaget

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. Utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Engedal, K. (2008). *Lærebok alderspsykiatri i praksis*. Forlaget Aldring og helse.

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

Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. Hentet fra <http://www.ajan.com.au/Vol20/Vol20.2-4.pdf>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). Att göra systematiska litteraturstudier. Stockholm: Natur och Kultur.

Førde, R. (2014). *Helsinkideklarasjonen*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>

Gjerberg, E., Hem, M. H., Førde, R. & Pedersen, R. (2013). How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 20(6), 632-644. doi: 0.1177/0969733012473012

Grude, P. (2016). Lover, forskrifter og organisering av tjenester. I Tretteteig, S. (Red.), *Demensboka, en lærebok for helse- og omsorgspersonell*. (1. Utg., s. 220). Tønsberg: Aldring og helse.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2015*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/omsorgsplan\\_2015/demensplan\\_2015.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/omsorgsplan_2015/demensplan_2015.pdf)



---

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2020*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf)

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017-2018). *Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm\\_201720180015000dddpdfs.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm_201720180015000dddpdfs.pdf)

Helsedirektoratet. (2016). *Bolig*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/iplos-registeret/iplos-sporsmal-og-svar/bolig#hva-er-institusjon?>

Hem, M. H., Gjerberg, E., Pedersen, R. & Førde, R. (2011). Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang. *Sykepleien Forskning*, 5(4), 294-301. doi: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0007>

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* (1. Utg., s. 89-226). Oslo: Akribe.

Johansen, H. & Gonzalez, M. T. (2018). Erfaring med natur aktiverer minner og gir gode opplevelser for eldre på sykehjem. *Sykepleien Forskning*, 13(69738), e-69738. doi: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.69738>

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.A. (2011). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie Bind 1* (2. Utg., s. 17-18). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie Bind 1* (2. Utg., s. 216-222). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Breievne, G. & Nortvedt, F. (2014). Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie Bind 3* (2. Utg., s. 268). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- 
- Lejman, E., Westerbotn, M., Pöder, U. & Wadenstein, B. (2013). The ethics of coercive treatment of people with dementia. *Nursing Ethics*, 20(3), 248-262. doi: 10.1177/0969733012463721
- Munch, M. (2008). Marte Meo som veiledningsmetode. I A. M. M Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens – Møte og samhandling* (1. Utg., s. 318). Oslo: Akribe.
- Norsk sykepleieforbund. (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere – ICNs etiske regler*. Oslo: NSF
- Rokstad, A. M. M. (2008). Hva er demens? I A. M. M Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens – Møte og samhandling* (1. Utg., s. 42). Oslo: Akribe.
- Rokstad, A. M. M. (2008). Forståelse som grunnlag for samhandling. I A. M. M Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens – Møte og samhandling* (1. Utg., s. 70-79). Oslo: Akribe.
- Rokstad, A. M. M. (2008). Miljøbehandling. I A. M. M Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens – Møte og samhandling* (1. Utg., s. 153-166). Oslo: Akribe.
- Rokstad, A. M. M. (2008). Utfordrende adferd. I A. M. M Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens – Møte og samhandling* (1. Utg., s. 181-190). Oslo: Akribe.
- Shiltz, D., Lineweaver, T., Brimmer, T., Cairns, A., Halcomb, D., Juett, J., Beer, L., Hay, D. & Plewes, J. (2018). Music first. *GeroPsych*, 31(1), 17-30. doi: <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000180>
- Smebye, K. L. (2008). Å møte personer med demens. I A. M. M Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens – Møte og samhandling* (1. Utg., s. 20). Oslo: Akribe.
- Skovdahl, K. & Berentsen, V.D. (2014). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff. (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (2. Utg., s. 422). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stewart, D.B., Berg-Weger, M., Tebb, S., Sakamoto, M., Roselle, K., Downing, L., Lundy, J. & Hayden, D. (2017). Making a difference: A study of cognitive stimulation therapy for

persons with dementia. *Journal of Gerontological Social Work*, 60(4), 300-312. doi:  
<https://doi.org/10.1080/01634372.2017.1318196>

Terada, S., Oshima, E., Yokota, O., Ikeda, C., Nagao, S., Takeda, N., Sasaki, K. & Uchitomi, Y. (2012). Person-centered care and quality of life of patients with dementia in long-term care facilities. *Science Direct*, 205(1-2), 103-108. doi:  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.08.028>

Wogn-Henriksen, K. (2008). Kommunikasjon. I A. M. M Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens – Møte og samhandling* (1. Utg., s. 89-106). Oslo: Akribe.

## 8. Vedlegg 1 : Søkeprosessen

Database	Søkeord	To-kombinasjonsord	Tre-kombinasjonsord	Artikkel i fulltekst
Google Scholar  Dato:  05.04.2018	Dementia	Dementia AND coercion		”How to avoid and prevent coercion in nursing homes: a qualitative study”
Antall treff	2 040 000	14 500		
Database	Søkeord	To-kombinasjonsord	Tre-kombinasjonsord	Artikkel i fulltekst
Oria  17.04.18		Dementia AND coercion		”The ethics of coercive treatment of people with dementia”.
Antall treff		948		

Database	Søkeord	To-kombinasjonsord	Tre-kombinasjonsord	Artikkel i fulltekst
Sykepleien.no 17.04.18		Demens og tvang		”Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang”.
Antall treff		17		
Database	Søkeord	To-kombinasjonsord	Tre-kombinasjonsord	Artikkel i fulltekst
Oria 17.04.18	Person-centered		Person-centered AND dementia AND quality of life	”Person-centered care and quality of life patients with dementia in long-term care facilities”.
Antall treff	20499		340	

Database	Søkeord	To-kombinasjonsord	Tre-kombinasjonsord	Artikkel i fulltekst
Cochrane  12.04.18			Dementia AND music AND anger	"Music first".
Antall treff			1594	
Database	Søkeord	To-kombinasjonsord	Tre-kombinasjonsord	Artikkel i fulltekst
Sykepleien.no  18.04.18		"Sykehjem" " og "Miljøbehandling"		"Erfaring med naturaktiverer minner og gir gode opplevelser for eldre på sykehjem".
Antall treff		15		

---

## 9. Vedlegg 2: PI(C)O - skjema

P- Patient or problem	I – intervention	C – comparisson	O - result
”Dementia” ”Coercion”	“Communication” “Miljøbehandling” “Person-centered”		“Quality of life”