

Avdeling for folkehelse

Charlotte Freitag og Jesper Søndergaard Mobæk

Bacheloroppgave i sykepleie

Demens og tvang - til pasientens beste?

Dementia and coercion – for the patient's best?

Antall ord: 13 747

Veileder: Ingrid Vesterås

BASY2014

2017

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Innhold

Innholdsfortegnelse

INNHold	3
NORSK SAMMENDRAG	5
ENGELSK SAMMENDRAG (ABSTRACT)	6
1. INNLEDNING	7
1.1 HENSIKT MED OPPGAVEN	7
1.2 BEGRUNNELSE AV TEMA OG PROBLEMSTILLING.....	7
1.3 PRESISERING AV PROBLEMSTILLING.....	9
1.4 RELEVANS FOR SYKEPLEIEFAGET.....	10
1.5 OPPGAVENS OPPBYGNING	11
2. METODE	12
2.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE.....	12
2.2 KVANTITATIVE OG KVALITATIVE METODER.....	12
2.3 LITTERATURSØK	13
2.4 RESULTAT AV LITTERATURSØK.....	14
2.5 KILDEKRITIKK.....	17
2.6 ETISKE VURDERINGER.....	18
3. TEORI	20
3.1 SYKEPLEIETEORIER	20
3.1.1 <i>Joyce Travelbee</i>	20
3.1.2 <i>Ida Jean Orlando</i>	21
3.2 HVA ER DEMENS?.....	23
3.2.1 <i>Å leve med demens</i>	24
3.2.2 <i>Utfordrende atferd</i>	25

3.3	SAMTYKKEKOMPETANSE OG BRUK AV TVANG I DEMENSOMSORGEN.....	26
3.4	PERSONSENTRERT DEMENSOMSORG.....	28
3.5	MILJØBEHANDLING.....	29
3.5.1	<i>Bruk av musikk i behandlingen</i>	30
3.6	KOMMUNIKASJON I MØTE MED PERSONER MED DEMENS.....	31
4.	HVORDAN KAN SYKEPLEIERE BRUKE MILJØBEHANDLING FOR Å REDUSERE BRUK AV TVANG HOS PASIENTER MED DEMENS MED UTFORDRENDE ATFERD I SYKEHJEM?	33
4.1	MØTE PASIENTER MED DEMENS – HVA ER DET BESTE FOR PASIENTEN?.....	33
4.2	PASIENT- OG BRUKERRETTIGHETSLOVEN – HVA ER TVANG?.....	35
4.3	HVORDAN I ALL VERDEN MOTSETTER DU DEG DA JEG VIL DITT BESTE?.....	37
4.4	MILJØBEHANDLING – GIR DAGEN EN MENING?.....	40
5.	KONKLUSJON	45
	LITTERATURLISTE	46

Norsk sammendrag

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere bruke miljøbehandling for å redusere bruk av tvang hos pasienter med demens med utfordrende atferd i sykehjem?

Bakgrunn: Grunnet befolkningsvekst og økt levealder vil tallene på personer med demenssykdom øke de neste årene. Vi har opplevd bruk av tvang i ulike sykehjemsavdelinger, både der det foreligger tvangsvedtak og ikke. Vi har erfart at miljøbehandling kan være et godt tiltak for å skape relasjoner til personene med demens. Vi ønsker derfor å se på demens, miljøbehandling og bruk av tvang.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å finne svar på problemstillingen, basert på fag- og forskningslitteratur og erfaringer fra praksis. Dette vil bidra til økt kunnskap om demens, miljøbehandling og bruk av tvang.

Metode: Dette er en litteraturstudie, som baserer seg på fag- og forskningslitteratur og erfaringer fra praksis, som vi sammenligner med forskning for å finne svar på problemstillingen.

Resultat: Teori og forskning viser til at bruk av tvang i norske sykehjem er utbredt og gir konsekvenser for livskvaliteten for pasienten. Forskning viser at mangel på kompetanse og kunnskap er en av hovedgrunnene til forekomsten av bruk av tvang. Å ha kjennskap til pasienten og skape en relasjon vil legge til rette for miljøbehandling, som vil gi økt livskvalitet hos pasienten med demens. Sykepleieren må ha gode holdninger og møte mennesket bak sykdommen.

Konklusjon: Funn gjort i denne oppgaven viser at miljøbehandling fremmer livskvaliteten og en følelse av tilhørigheten for pasienten. Dette bidrar til mindre forekomst av utfordrende atferd hos pasienten og reduserer bruk av tvang.

Engelsk sammendrag (abstract)

Aim: How can nurses use milieu therapy to reduce use of coercion for patients with dementia with challenging behavior in nursing homes?

Background: Due to population growth and increased life expectancy, the numbers of people with Dementia will increase in the next few years. We have experienced use of coercion in various nursing homes, with or without an approved documented decision. We have learned that milieu therapy can be a good measure to creating relationships with patients with dementia. We therefore want to look at dementia, milieu therapy and use of coercion.

Purpose: The purpose is to find answers to the aim of the assignment, based on the academic literature and research literature and experience from practice. This will contribute to increased knowledge of dementia, milieu therapy and use of coercion.

Method: This is a literature study, which is based on academic and research literature and Experience from practice. We use findings from research to compare with other literature to find answers to the aim of the assignment.

Result: Academic literature and research indicate that the use of coercion in Norwegian nursing homes is widespread and has consequences for the quality of life for the patient. Research shows that lack of competence and knowledge is one of the main reasons for the occurrence of coercion. To have knowledge of the patient and creating a relationship will facilitate the milieu treatment, which will increase quality of life for the patient with dementia. The nurse must have a good attitude and meet the human behind the disease.

Conclusion: Findings made in this paper show that milieu therapy promotes quality of life and sense of belonging for the patient. This contributes to a smaller occurrence of challenging behavior by the patient reduce use of coercion.

1. Innledning

1.1 Hensikt med oppgaven

Denne oppgaven er en avsluttende bacheloroppgave i sykepleie i samordning med Høgskolen i Innlandet, avdeling for folkehelse. Bacheloroppgaven er basert på en litteraturstudie, hvor den bygger på relevant fag- og forskningslitteratur og erfaringer fra praksis. Hensikten med denne oppgaven er at vi selv skal få økt kunnskap og forståelse om demens, miljøbehandling og bruk av tvang. Vi håper også at andre som skal lese oppgaven finner den nyttig, lærerik og inspirerende.

1.2 Begrunnelse av tema og problemstilling

I dag er det ca. 70 000 personer i Norge som lever med demenssykdom, og tallene vil stige de neste årene. Grunnet befolkningsvekst og mennesker i Norge generelt blir eldre forventes det at tallene på demens vil øke med det dobbelte innen en periode på 30-40 år (Helse og omsorgsdepartementet, a2015, s. 175). Ved demenslidelse kreves det «tilrettelegging av boforhold og omgivelser, meningsfulle dager og aktiviteter, ernæring, pleie, smertelindring og palliativ behandling» (Helse- og omsorgsdepartementet, b2015, s. 8). For arbeidet med denne tilpassingen og ivaretagelsen vil sykepleiere ha en viktig rolle. I Stortingsmelding 25 som omhandler fremtidige omsorgsutfordringer, mener regjeringen at demens er den lidelsen «som fører til flest år med alvorlig funksjonstap på slutten av livet og som krever mest ressurser» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Tjenestetilbudet står i fare for å svekkes med utfordringen med å planlegge og tilrettelegge et faglig og forsvarlig tilbud for den enkelte pasienten med demens (Helse og omsorgsdepartementet, 2006). Det kan bli utfordrende for sykepleier å kunne ivareta pasienten på en helhetlig og verdifull måte. Personer med demens er å finne både hjemme, sykehus og på en institusjon, og som sykepleier vil man derfor ofte møte personer med demens. «70-80 % av alle som bor i sykehjem, har demens» (Berentsen, 2008, s. 355). Det er og vil bli et behov for at flere sykepleiere har kunnskap om hvordan personer med demens kan ivaretas best mulig.

I Demensplanen 2020 har det blitt satt opp konkrete tiltak til hvordan samfunnet kan bidra til gode og meningsfulle liv for personer med demens. Fokuset skal være på blant annet selvbestemmelse, involvering og deltakelse, forebygging, aktivitet og mestring for personen med demens. I denne demensplanen er det et større fokus på individualisert tilpasset omsorgsbehov (Helse- og omsorgsdepartementet, b2015, s. 37). For å få et mer demensvennlig samfunn må det også sikres deltakelse og likestilling i miljøet. Fokuset burde være på den enkelte personens omgivelser hvor dens ressurser og egenskaper blir ivaretatt (Helse- og omsorgsdepartementet, b2015, s. 15).

Som sykepleiestudenter har vi møtt personer med demens på sykehus, i sykehjem og hjemmetjenesten i praksis. Her har vi sett hvordan sykepleien blir utført for personer med demens. Vi har praksiserfaring fra en skjermet demensavdeling, hvor vi sitter igjen med en opplevelse av helhetlig sykepleie og verdifull omsorg. Sykepleierne på avdelingen hadde stort fokus på miljøbehandling for å gi pasientene en verdig tid på slutten av livet. På den andre siden har også opplevd at ansatte på andre arbeidsplasser kan ha en negativ holdning ved møte med pasienter med demens. Vi har hørt kommentarer på vaktrommet om at pasienter med demens er «vanskelige», ofte gjelder det for de pasientene med utfordrende atferd. Personer med demens, og spesielt i et langt kommet forløp vil kunne ha utfordringer med å uttrykke seg. Atferden endres og pasienten kan bli utagerende som en form for å uttrykke seg (Rokstad & Smebye, 2008, s. 183). Vi har sett at pasienter med demens kan reagere med fysisk og verbal utagering mot pleier da de ikke blir forstått. Det virker som enkelte sykepleiere og annet helsepersonell har mangel på kunnskap om hvordan man kan håndtere disse situasjonene.

For at sykepleier skal kunne utføre nødvendig omsorg eller ivaretagelse av grunnleggende behov, kan det hende at det må utføres ved bruk av tvang. Bruk av tvang er utbredt i norske sykehjem, og ofte utføres det uten at pasienten har vedtak om det (Kirkevold & Engedal, 2004, s. 285). Som sykepleier har vi ansvar for å følge lovverk og retningslinjer. Vi har møtt engasjerte sykepleiere som hadde et stort fokus på at omsorgen som ble utført med bruk av tvang, fulgte lovverket. Vi har erfart at det er usikkerhet på flere arbeidsplasser om hva som er tvang eller ikke. Vi har også sett at tillitsskapende tiltak, slik som god kommunikasjon eller miljøbehandling, ikke har blitt forsøkt i forkant av at sykepleier bruker tvang eller benytter legemidler for å kontrollere pasienten. For å redusere bruk av tvang står det i Demensplanen at «å skape trygghet og samarbeid, er av stor betydning for å etablere

tillitsfulle relasjoner til pasienter med demens» (Helse- og omsorgsdepartementet, b2015, s. 48). Vi har erfart at miljøbehandling kan være et godt tiltak for å skape tillit og relasjoner til de personene med demens som vi har møtt.

På bakgrunn av dette ønsker vi å fordype oss i temaet demens, tvang og miljøbehandling. Vår problemstilling er derfor:

Hvordan kan sykepleiere bruke miljøbehandling for å redusere bruk av tvang hos pasienter med demens med utfordrende atferd i sykehjem?

1.3 Presisering av problemstilling

Vi ønsker å finne svar på hvordan sykepleiere kan bruke miljøbehandling for å redusere bruk av tvang hos personer med demens i sykehjem. I vår oppgave er målgruppen og hovedfokus sykepleiere, men vi ser også at oppgaven angår andre fagutdanninger innen helse og demens. Pasientgruppen er personer med demens, men vi avgrenser til de pasientene med alvorlig grad av demens. Vi velger ikke å fokusere på en spesiell demenssykdom, da vi i praksis har erfart at symptomene og atferden til pasientene har mange fellestrekk. Hukommelsessvikt, svikt i forståelse, svikt i oppmerksomhet, språkproblemer og atferdsendringer er å se ved alle demenssykdommene (Rokstad & Smebye, 2008, s. 28). En annen grunn er at miljøbehandling som tiltak kan være positivt for alle de ulike sykdommene. I oppgaven vil fokuset være på de pasientene som bor i skjermede enheter for demens i sykehjem, da dette er den mest relevante arenaen for vår problemstilling. Vi vil finne ulike tiltak innenfor miljøbehandling som kan redusere pasientens utfordrende atferd slik at sykepleier kan begrense bruk av tvang. Vi velger å gå inn på bruk av musikk som et konkret tiltak innenfor miljøbehandling. Vi velger også å skrive om lovverket og henviser til Pasient- og brukerrettighetsloven, ved bruk av tvang. Vi ser at bruk av psykofarmaka kommer opp i forskning og teori, som også er verdt å nevne i vår oppgave, vi velger ikke å ha fokus på dette.

1.4 Relevans for sykepleiefaget

Vi er snart ferdig utdannede sykepleiere, og står fremfor en spennende tid med mye utfordringer. Ved å utdanne seg til sykepleier innebærer det å ta på seg et samfunnsmessig ansvar. Verdier som nestekjærlighet og barmhjertighet er grunnleggende for utøvelsen av sykepleie (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011, s. 16). Vi vet at samfunnet står overfor utfordringer i forhold til demensomsorgen. I fremtiden vil antall personer med demens øke, og det vil skape omsorgsutfordringer da dette vil kreve mye ressurser. “Behovet for sykepleie oppstår når alder, sykdom eller en ytre hendelse fører til at personen befinner seg i en situasjon der egne ressurser ikke lengre er tilstrekkelig for å ivareta de grunnleggende behovene og for å håndtere de opplevelsene og reaksjonene personen erfarer” (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011, s. 16). Sykepleie handler om å ivareta pasientens grunnleggende behov da han ikke er i stand til det selv.

Personer med demens vil oppleve funksjonstap i hverdagen og vil bli avhengig av hjelp i løpet av sykdomsforløpet (Engedal, 2003, s.125). Enten det er ved nyoppdaget demens hvor det krever tilrettelegging i hjemmet, på sykehuset eller i en skjermet enhet for personer med demens er sjansen stor for at sykepleiere uansett arbeidsplass vil møte personer med demens. Dette temaet er derfor svært relevant for sykepleiefaget.

Sykepleiere er ansvarlig for å ivareta pasienter med demens på en helhetlig måte. Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og verdighet. Vi må se personen bak demensdiagnosen. Vi må skape tillit og trygghet, og på den måten skape gode relasjoner. Dette skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (Norsk sykepleieforbund [NSF], 2016). I sykepleiefaget er det også yrkesetiske retningslinjer, som er regler og retningslinjer for hva som er etisk akseptabelt arbeid i utførelsen av sykepleie (Slettebø, 2013, s. 16). Her står det blant annet i punkt 2,7: «Sykepleieren beskytter pasienten mot krenkende handlinger som ulovlig og unødvendig rettighetsbegrensning og tvang» (NSF, 2016). Sykepleiere har også et ansvar for at sykepleieutøvelsen blir gjort i henhold til lovverket.

1.5 Oppgavens oppbygning

Vår oppgave er delt inn i fem deler, innledning, metode, teori, drøfting og konklusjon. I første del kommer innledningen hvor vi gjør rede for tema for oppgaven med hensikt, begrunnelse, og presentasjon av problemstilling. I innledningen skriver vi også om oppgavens relevans for sykepleiefaget. I del to har vi skrevet om metode, hvor vi legger frem vår metode for oppgaven og beskriver kvantitative og kvalitative metoder samt litteraturstudie som metode. Vi forklarer fremgangsmåte for artikkelsøk, hvor vi senere presenterer disse og er kildekritiske. Vi vil også her komme med hvilke etiske vurderinger som er gjort for oppgaven. I del tre legger vi frem teorien vi har valgt, som vi mener er relevant for å få svar på vår problemstilling. Vi beskriver også sykepleieteorier som vil belyse vår forståelse av sykepleiefaget. Vi skriver videre om demens, opplevelse av demens, bruk av tvang, personsentrert demensomsorg og miljøbehandling. I del fire vil vi drøfte forskning og teori sammen med egne erfaringer med praksis. Vi avslutter med del fem med å se alle de gjennomgåtte elementene i sammenheng, og som danner grunnlaget for en konklusjon og et svar på problemstillingen.

2. Metode

I dette kapitlet vil vi gjøre rede for hvilken metode som blir benyttet i oppgaven. Metode er den systematiske framgangsmåten tatt i bruk i forbindelse med å samle data, analysere og vurdere den, for å kunne besvare problemstillingen (Dalland, 2012, s. 112). Vi går inn på hvilken litteratur vi bruker i oppgaven, samt fremgangsmåte og kildekritikk for litteratursøk, hvor vi til slutt presenterer forskningsartikler som vi har valgt å benytte oss av i oppgaven.

2.1 Litteraturstudie som metode

Vår bacheloroppgave bygger på en litteraturstudie, hvor oppgaven baserer seg på fag- og forskningslitteratur, og egne erfaringer for å finne svar på vår problemstilling. Litteraturstudie er å gjennomgå litteratur, sette det opp mot annen litteratur i det valgte tema og analysere denne dataen (Forsberg & Wengström, 2013, s. 25-26). Ved at vi bruker relevant forskning i oppgaven vil vi finne litteratur som viser hva som allerede finnes av kunnskap om temaet. Vi setter faglitteratur og forskning opp mot hverandre for å finne svar på problemstillingen. Vi har valgt pensumlitteratur og selvvalgt litteratur som faglitteratur. Med den nye kunnskapen vi har tilegnet oss, vil vi kunne belyse og drøfte problemstillingen, og komme med en konklusjon. Vi vil også bruke erfaringer fra praksis som sykepleiestudenter og komme med eksempler som vil belyse problemstillingen.

2.2 Kvantitative og kvalitative metoder

De kvantitative metodene viser data i målbare enheter som mengde- og størrelsesforhold. Denne metoden består av mange informanter fra faget, hvor forfatterne får informasjon utenifra. Metoden handler om å få en nøyaktig oversikt over de kvantitative variasjoner, som ved svaralternativer i et spørreskjema eller systematiske observasjoner. Målet er å finne frem til gjennomsnittlig og representativ data (Dalland, 2012, s. 112-113).

De kvalitative metodene handler om et jeg-du-forhold, om følelser og opplevelser som ikke kan måles og de spesielle kvalitetene og egenskapene ved faget. Metoden handler om nærhet til faget og ses innenfra. Ved denne metoden er det få informanter. Målet er å formidle forståelse ut i fra en datasamling som har gått i dybden med den følsomheten dette krever (Dalland, 2012, s. 112-113).

2.3 Litteratursøk

Forskningslitteraturen som vi har brukt i denne oppgaven har vi funnet i databaser gjennom Høgskolen i Innlandet. Vi valgte hovedsakelig Cinahl og SveMed+. Disse databasene inneholder artikler innenfor helse- og sykepleiefaget.

Vi rettet søket mot problemstillingen og brukte norske og engelske søkeord for å finne relevante artikler. Personene som har deltatt i studiene var begrenset til personer med demens som bor på sykehjem, ettersom det er vårt hovedfokus i oppgaven. Alle forskningsartiklene avgrenset vi til utgivelsesår 2007-2017. Artiklene skulle i tillegg være fagfellevurderte og i full tekst.

Oppgaven omhandler hvordan sykepleiere kan redusere bruk av tvang i sykehjem. Vi ønsket derfor relevante forskningsartikler hvor vi får økt kunnskap om tvangsbruk. Vi søkte først i SveMed med søkeordene «dementia» OR «demens» AND «coercion» OR «tvang». Med dette søket fikk vi opp 22 artikler. Vi leste over overskriftene hvor flere av artiklene kunne være relevante for vår oppgave, men vi forsøkte å legge til et søkeord. Vi la til AND «patients» og fikk 15 artikler. Vi leste over flere sammendrag og ekskluderte de vi så ikke var forskningsartikler. Vi fant en artikkel som vi ønsket å ha med som tok for seg utbredelse av tvang i norske sykehjem. Denne artikkelen vekke spesiell interesse da en av forfatterne er gjentagende i flere fagbøker om demens.

Vi søkte videre i databasen SveMed for å finne artikler om bruk av tvang. Vi benyttet oss av søkeordene «dementia OR demens» AND «coercion OR tvang» AND «nurse». Av denne søkekombinasjonen fikk vi opp 16 artikler. Vi gikk inn på flere av artiklene og leste sammendragene for å finne relevante artikler. Vi så også at flere av artiklene var fagartikler. Vi valgte å benytte oss av artikkelen som var nummer seks på listen som handler om sykepleieres opplevelse av bruk av tvang.

I vår oppgave ønsket vi å se på bruk av musikk som et tiltak innenfor miljøbehandlingen. Vi søkte først i Cinahl og benyttet oss av emneordet «dementia». Da fikk vi opp hele 13237 artikler. Vi kombinerte «dementia» AND «music therapy», og fikk 230 treff. Vi syntes dette ble for mange artikler å gå igjennom og ønsket å avgrense ytterligere. Ved å kombinere begge disse søkeordene AND «carer» fikk vi ti treff. Vi leste overskriftene for å se om noe kan vekke interesse. Vi valgte å bruke den andre artikkelen som kommer opp, som var en kvalitativ studie som omhandlet helsepersonell og familiens erfaringer med musikkterapi.

Ved å kombinere «dementia» AND «music therapy» AND «nursing homes» fikk vi 72 treff. I Cinahl kommer de mest relevante artiklene opp først, og den andre artikkelen på lista syntes vi var relevant for vår oppgave, ved å lese sammendraget i artikkelen. Vi fant en forskningsartikkel som omhandler individualisert musikkterapi ved demens.

2.4 Resultat av litteratursøk

«Prevalence of patients subjected to constraint in Norwegian nursing homes»

Denne forskningsartikkelen søkte vi frem til på SveMed den 19.04.17. Denne studien er en kvantitativ studie gjort av 1501 pasienter på 222 sykehjemsavdelinger i 54 forskjellige kommuner i alle deler av Norge. I denne studien ville de finne svar på hvor utbredt tvang er i norske sykehjem. Det ble gjort datasamling fra både vanlige sykehjem og spesialavdelinger for personer med demens, slik som skjermede enheter. Datasamlingen gikk over 1 uke, hvor de delte inn i fem hovedgrupper for bruk av tvang: mekanisk tvang, ikke-mekanisk tvang, elektronisk overvåking, tvang ved medisinske undersøkelser eller behandling eller tvang ved aktivitet i dagliglivet. For å samle data brukte de et strukturert intervju hvor de intervjuet pasientens primærkontakt og avdelingsleder. Resultatet viser at det hyppig blir brukt tvang hos sykehjempasienter. Gjennomsnittlig 37 % av pasienter i vanlige sykehjemsavdelinger og 45 % av pasienter i spesialavdelinger for personer med demens ble utsatt for tvang i en eller annen form i løpet av uken. Mest hyppig var mekanisk tvang, slik som å heve sengehesten eller feste pasienten til en stol uten samtykke. I spesialavdelinger for personer med demens ble det sett mer bruk av tvang i dagliglivet samt tvang ved undersøkelser eller behandling. De konkluderer med at bruk av tvang er et problem i norske sykehjem, men at det trengs flere studier på hvorfor det er så mye tvang (Kirkevold & Engedal, 2004, s. 281-286).

Vi ønsket å ha med denne studien i vår oppgave, da den er relevant for å få svar på hvor utbredt bruk av tvang er i norske sykehjem. Denne artikkelen er utgitt i 2004, som er eldre enn ti år, men vi velger å ta den med da den er relevant for vår oppgave. Tallene fra 2004 kan avvike fra dagens virkelighet, men etter vår erfaring er bruk av tvang fortsatt et problem i eldreomsorgen. Forfatterne har god kunnskap om demens og blir omtalt i flere fagbøker om demens. Denne artikkelen har også blitt henvist til fra andre forskningsartikler og fagartikler.

«Kampen for pasientens beste – sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens»

Denne artikkelen søkte vi frem til på SveMed 04.05.17. Studien er en kvalitativ studie med livsverden-design. «Et livsverden-design fokuserer på hvordan et hverdagsfenomen beskrives av menneskene som opplever det» (Siert i Garden & Hauge, 2012, s. 18). I denne studien ser de på sykepleieres opplevelse av bruk av tvang i hverdagen overfor personer med demens. Studien ble gjort på åtte sykepleiere som jobbet på sykehjem og var i pasientrettet arbeid med demens. Sykepleierne kom fra åtte ulike kommuner fra byer og mer landlige områder. Det ble gjort dybdeintervjuer av alle sykepleierne med varighet på gjennomsnittlig 60 minutter, hvor de skulle beskrive situasjoner de har tatt del i som de anså som tvangssituasjoner i hverdagen. Videre ble de bedt om å beskrive egenopplevelse, mening og deres egen forståelse av tvangsbegrepet. Datasamlingen førte til flere funn og fem ulike beskrivelser fra sykepleierne. De konkluderer med at sykepleierne opplevde bruk av tvang som en kamp for pasientens eget beste, som skulle være et gode for pasienten som for eksempel å få stelt seg. Hva som var pasientens beste var uavklart. Det var ofte pasientens reaksjoner som førte til bruk av tvang, og sykepleierne opplevde både skyld, skam og sinne. Bruk av tvang ble påvirket av sykepleierens holdninger og forståelse (Garden & Hauge, 2012, s. 18-22).

Vi anser denne studien som relevant for vår oppgave, da den er fra norske sykehjem og 7 av disse var egne avdelinger for personer med demens. Den viser ikke til tiltak for å forebygge bruk av tvang, men resultatet viser at sykepleierens kunnskap og forståelse av pasienten kan få konsekvenser for hvordan de iverksetter tiltak (Garden & Hauge, 2012, s. 21). Artikkelen er fra 2012 og gjenspeiler virkeligheten som den er i dag.

“Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial”

Denne studien søkte vi frem til på databasen Cinahl 04.04.17, Dette er en kvalitativ studie gjort på 14 forskjellige sykehjem, fire i Danmark og ti i Norge. Pasientene ble delt i to grupper hvor den ene gruppen fikk musikk terapi som en del av behandlingsplanen og den andre gruppe fortsatte den behandlingsplanen de hadde fra før. Etter seks uker ble musikkterapien avsluttet på den ene gruppen og påbegynt på den andre gruppen i seks nye

uker. Kartlegging av pasientenes oppførselsmønstre og symptomer ble registrert før oppstart, i uke syv og i uke fjorten. Bruken av psykofarmaka ble også kartlagt før oppstart og i uke 14. Kriteriene for pasientene som deltok var at de 1) bodde på institusjon med moderat til alvorlig demens, 2) demensdiagnose var dokumentert i pasientens journal, 3) henvist til musikkterapi via etablerte henvisningsprosedyrer, 4) har symptomer av agitasjon og 5) samtykke prosedyrer gjennomført. Studiets resultater viser at i løpet av de seks ukene gruppene har musikkterapi viser det redusert agitasjon hos pasientene og redusert bruk av psykofarmaka hos pasienter med demens. Musikkterapi tilpasset den enkelte pasienten viser å ha en positiv effekt på livskvalitet og forekomsten av utfordrende atferd. Videre minsket det utbrenthet hos personalet og bidro til økt jobbglede. De konkluderte med at de positive resultatene om agitasjonsforekomster og effekten på livskvaliteten krever videre forskning med større andel pasienter (Ridder, Stige, Qvale & Gold, 2013, s. 667-678).

Denne studien berører individualisert miljøbehandling og dens effekt på pasientens agitasjon og vi mener derfor den relevant i vår oppgave. Studien er fra Norge og er utgitt i 2013. Den gjenspeiler virkeligheten som den er i dag. I vår oppgave ønsker vi å se på hva sykepleier kan gjøre for pasienten med demens, men i denne artikkelen er det en musikkterapeut som utfører terapien. Resultatene viser at musikk har positiv effekt for pasienten, og er derfor relevant for oppgaven.

“What carers and family said about music therapy on behaviours of older people with dementia in residential aged care”

Denne artikkelen søkte vi frem til i databasen Cinahl 04.04.17. Dette er en kvantitativ studie med mål å evaluere effektiviteten av musikkterapi på atferden til pasienter med demens i en institusjon. Data ble samlet fra fem fokusgrupper bestående av to grupper med totalt syv familiemedlemmer og tre med totalt 23 ansatte fordelt over tre institusjoner. Musikkterapien var i grupper og var på 45-60 minutter, to ganger i uken, en gang på morgenen og en gang ettermiddagen. Terapeuten prøvde å aktivisere deltakerne ved å bruke deres navn i sangene terapeuten selv hadde skrevet, og oppfordrer til å bruke kroppen ved for eksempel en ballonglek. Datainnsamlingen ble utført via intervjuer med familiemedlemmene og de ansatte. Musikkterapien aktiviserte pasientene både i mindre og større grad. Familiemedlemmer forteller om hvordan pasientene lyser opp og er mer tilstede i øyeblikket.

Pasientene viser mer av hvem de er, hvem de var, de smiler og viser glede. De ansatte ser bare positive resultater av musikkterapien, selv om pasienten ikke alltid er mottakelig og det kommer an på dagsformen. Noen ansatte forteller om at effekten er kortvarig, men hos noen pasienter kan man merke en positiv endring i trivsel, uro og angst i dagligdagen generelt. De ansatte og pårørende vil at musikkterapi skal prioriteres i høyere grad. Studiet stiller krav til musikkterapeuten som skulle være i stand til å individualisere musikken til den enkelte pasienten. Egenskapen til å kunne engasjere og inkludere pasientene var viktig (Tuckett, Hodginson, Rouillon, Balil-Lozoya & Parker, 2015, s. 146-157).

Denne studien omhandler musikkterapi i grupper som et miljøbehandlingstiltak og viser til at selv i grupper kan man få positive resultater på livskvalitet, selv en stund etter terapien har funnet sted. Dette er relevant for vår oppgave fordi det viser at slike aktiviseringstiltak kan ha en effekt som kan vare i lenger tid etterpå.

2.5 Kildekritikk

Vår oppgave er basert på en litteraturstudie hvor vi har med forskningsartikler, teori fra fagbøker og erfaringer fra praksis. Alt som har bidratt til denne oppgaven, er kilder. Vi må derfor være kildekritiske til de kildene vi benytter oss av. «Kildekritikk betyr å vurdere og å karakterisere den litteraturen som er benyttet» (Dalland, 2012, s. 72).

Av de studiene vi har funnet er to kvantitative og to kvalitative. Alle artiklene er funnet igjennom databasen SveMed eller Cinahl, de er fagfellevurderte og er utgitt av anerkjente vitenskapelige tidsskrifter og vi anser kildene derfor til å være troverdige. Artikler som er publisert i vitenskapelige tidsskrifter gjennomgår fagfellevurdering, som betyr at artikkelen har blitt vurdert og godkjent av eksperter (Dalland, 2012, s. 78). Språket begrenset vi til enten skandinavisk eller engelsk, av artiklene vi har benyttet oss av er tre engelske og en norskspråklig. For å avgrense funn og finne relevante forskningsartikler til oppgaven benyttet vi oss av forskningsartikler som ble utgitt i nordiske eller engelske tidsskrifter. Ettersom våre erfaringer fra praksis er fra norske sykehjem ønsket vi at studiene er gjort i Norge. Offentlige dokumenter som stortingsmeldinger og lovverk som vi refererer til i oppgaven er kun gyldige i Norge, og demensomsorgen kan avvike fra hvordan det utføres i andre land. Vi velger derfor primært å fokusere på Norge i vår, samtidig ser vi at det vil være nyttig å kunne sammenligne forskning fra andre land, for å kunne utvide vår kunnskap. Tre

av artiklene i oppgaven er fra Norge, og en er fra Australia som er et land som er likt Norge velferdsmessig.

I søkeprosessen søkte vi etter artikler som ikke var eldre enn 10 år, slik at kildene er av nyest data og kunnskap og representerer virkeligheten slik den er i dag. Da vi har gjennomgått artikler vi syntes er relevante, så vi etter at de hadde IMRaD-struktur. IMRaD er en forkortelse for introduksjon/Introduction, metode/Methods, resultat/Results og (and) diskusjon/Discussion. Dette har gjort at det har vært lettere å orientere seg og lese gjennom raskere i søkeprosessen (Dalland, 2012, s. 79-80).

Av faglitteraturen har vi brukt pensumlitteratur og funnet annen relevant litteratur fra skolens bibliotek på bakgrunn av relevans for problemstillingen. Vi mener at litteraturen vi har benyttet oss av er relevant og troverdig da forfatterne av bøkene har kompetanse og mye kunnskap innenfor demens, miljøbehandling og tvang.

2.6 Etske vurderinger

Etikken omhandler normene for riktig og god måte å leve på. Etikken skal gi oss veiledning og grunnlag for vurderinger vi gjør når vi står ovenfor vanskelige avgjørelser i livet (Dalland, 2012, s. 96). Alle studiene i vår oppgave omhandler personer med demens i form av intervjuer eller observasjoner. Vi antar at personene ikke er samtykkekompetente og ikke selv har godkjent å ta del i studien, som kan by på etiske utfordringer. Det er vanskelig å si om personer med demens vet hva de tar del i eller ikke. Samtidig er det viktig at det blir gjort forskning på personer med demens for å kunne utvikle demensomsorgen. To av forskningsartiklene som er fra Norge er godkjent av Regional Etisk Komite (REK), mens den tredje er gjennomført i samsvar med Helsinki-deklarasjonens etiske forskningsprinsipper. Den Australske studien har blitt godkjent av Uniting Care Queensland Human Research som også er en etisk komite.

Oppgaven inneholder eksempler fra egne erfaringer. Vi har tatt hensyn til at pasientene ikke skal gjenkjennes og nevner ikke navn, sted eller noe annet som gjør at pasienter blir kjent igjen. Helsepersonelloven (1999, § 21) viser til taushetsplikten, som sier at «helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell».

I vår oppgave velger vi bevisst ikke å bruke ordet «dement» om personer med demens, da vi anser dette som nedverdiggende. Demens er en sykdom og ikke noe personen er. Vi vil se personen bak sykdommen.

3. Teori

I dette kapitlet vil vi legge frem den teorien vi har funnet som er mest relevant for vår problemstilling. Vi presenterer sykepleieteorier fra to forskjellige sykepleieteoretikere, som vil være grunnleggende i den sykepleien vi utfører. Videre gjør vi rede for hva demens er, hvordan sykdommen oppleves og utfordrende atferd ved demens. Vi kommer inn på personsentrert omsorg, bruk av tvang i demensomsorgen og miljøbehandling.

3.1 Sykepleieteorier

3.1.1 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee er en sykepleieteoretiker, som har et stort fokus på et pasient-sykepleie forhold. Hun stiller seg kritisk til betegnelsene “sykepleier” og “pasient”, da slike betegnelser styrker/fremmer en rolleoppfatning slik at det kan være vanskeligere å se det unike mennesket bak rollen. Travelbee kaller derfor dette essensielle forhold for menneske-til-menneske-forholdet (2001, s.171-172). Fokuset og målet blir en likeverdig relasjon mellom pasient og sykepleier og hun mener begrepet “pasient” ikke burde brukes og i stedet bruke “den syke” (Travelbee, 2001, s. 62-63). Argumentet bak begrepet menneske-til-menneske-forhold styrker Travelbee ytterligere ved at fremheve antagelsen, at sykepleiens mål og hensikt oppnås ved å etablere et mellommenneskelig forhold til den syke. For å komme så nært inn til den sykes ønsker og behov må man se og møte det unike menneske (2001, s. 41).

Travelbee forklarer kommunikasjon som en gjensidig og dynamisk kraft som er grunnlaget for utviklingen av et mellommenneskelig forhold (2001, s. 137). Interaksjonsprosessens mål legger hun frem slik:

1. Å lære den syke å kjenne
2. Å identifisere og ivareta den sykes behov for sykepleie
3. Å oppfylle hensikten og målene med sykepleien (Travelbee, 2001, s. 139)

Å se den syke under merkelappen “pasient” vil gjøre det vanskeligere å identifisere den sykes behov og ønsker og dermed også å ivareta disse. Identifisering er første skritt for planlegging av sykepleietiltak (Travelbee, 2001, s. 139-141).

Sykepleieprosessen beskriver Travelbee således:

1. Observasjon
2. Fortolkning
3. Beslutning
4. Handling
5. Vurdering (2001, s. 142)

Det syke mennesket observeres, slik at den sykes subjektive opplevelse underbygges. Travelbee legger også ekstra vekt på observasjon og dens rolle i å kommunisere meningsfylt og målrettet (2001, s. 142-143). Observasjon innebærer også kartlegging av rådata som er alt som kan ses og høres. Rådata er observasjoner uten tilknyttet tolkning fra sykepleien (Travelbee, 2001, s. 144). Fortolkning er å tolke datainnsamlingen, reflektere over den og rådføre med den syke om tolkningene er riktige (Travelbee, 2001, s. 145). Deretter tas en beslutning og en handling blir utført. En vurdering blir gjort på bakgrunn av kriterier som stemmer overens med den sykes ønsker fra fortolkningsstadiet (Travelbee, 2001, s. 145-146).

3.1.2 Ida Jean Orlando

Ida Jean Orlando er en sykepleieteoretiker som har sykepleieprosessen sentralt i hennes teori. Hun mener at sykepleieren må disiplinere sine handlinger og reaksjoner overfor pasienten ved hjelp av en selvinnsikt og refleksjon (Eide & Eide, 2007, s. 132-133).

Sykepleieprosessen ifølge Orlando er et samspill mellom tre elementer som alle sykepleiesituasjoner består av:

1. Pasientens atferd
2. Sykepleiens reaksjon på pasientens atferd
3. Sykepleiens handlinger med det mål å gagne pasienten (Orlando, 1995, s. 54)

Pasientens atferd endrer seg ut i fra de ulike behov pasienten har. Orlando beskriver behov som et situasjonelt fenomen som, viss dekket, minsker umiddelbare lidelser og øker velvære og fremmer autonomi (1995, s. 23-24). Pasienten opplever, som Orlando kaller det, distress i det pasienten ikke klarer å stille sine egne behov på egen hånd. Distress oversettes dårlig til norsk, men kan forstås som en følelse av indre frustrasjon og belastende stress (1995, s. 24). Det er distress som er kilden til pasientens atferd som sykepleieren reagerer på. Årsaken til pasientens distress deler Orlando inn i tre elementer:

1. Fysiske begrensninger
2. Negative reaksjoner på omgivelsene
3. Opplevelser som hindre pasienten i å uttrykke sine behov (1995, s. 29)

Sykepleierens reaksjon på pasientens atferd er også betinget av hvordan sykepleieren opplever situasjonen, akkurat som pasienten gjør det. Derfor mener Orlando at det er viktig for sykepleieren å være bevisst på sine reaksjoner og følelser så dermed kunne reflektere over dem. Hun deler dette inn i tre punkter: 1. observasjoner av pasientenes atferd, 2. tanker fremkalt av observasjonene, 3. følelser som reaksjon på disse observasjoner og tanker (Orlando, 1995, s. 58). Sykepleien må utforske om sine følelser og reaksjon stemmer overens med hva pasienten opplever eller prøver å formidle, og sikre seg at forståelsen av pasientens behov er riktig. Dette gjøres gjennom en reflekterende samtale som danner grunnlaget for en beslutning om et tiltak (Eide & Eide, 2007, s. 133).

Sykepleiens handlinger kaller Orlando for aktiviteter og hun beskriver to typer aktivitetstiltak som sykepleien kan utføre. Den ene typen er automatiske aktiviteter, som utføres med bakgrunn i rutiner og sjekklister som ikke drar pasienten inn i beslutningen. Den andre typen er de veloverveide aktiviteter der pasientens perspektiv og behov utforskes og utføres i bakgrunn av en samtale fra pasienten. Dette danner et utgangspunkt for å reflektere over ønsket effekt av aktiviteten og endringer i pasientens atferd (Orlando, 1995, s. 84).

Sykepleieprosessen er, som Orlando definerer den, reflekterende. En felles forståelse oppnås bare dersom forholdet mellom sykepleier og pasient er dynamisk. Hvis resultatet av et aktivitetstiltak ikke gir ønsket effekt starter prosessen på nytt med en reaksjon, refleksjon over reaksjonen og felles refleksjon med pasienten som gir opphav til nye aktivitetstiltak (Eide & Eide, 2007, s. 134).

3.2 Hva er demens?

Demens er en samlebetegnelse på forskjellige sykelige tilstander som oppstår i hjernen, som er kjennetegnet ved kognitiv svikt og sviktende funksjonsevne i daglige funksjoner. Ved demens er tilstanden kronisk, og forverrer seg ofte over tid. Forekomsten av demens øker med alderen, men debuterer hyppigst hos personer over 65 år (Engedal, 2003, s.125). Det er store forskjeller i utviklingen av sykdomsforløpet og symptomene er individuelle. De kognitive funksjonene svekkes vanligvis i form av nedsatt hukommelses- og tankeevne som nedsatt tempo og forståelse, langsommere informasjonsbearbeiding og innlæring og forlenget reaksjonstid (Rokstad & Smebye, 2008, s. 28). Ved en gradvis utviklet demens er ofte mild kognitiv svikt en forløper for demensutviklingen. Mild kognitiv svikt er ikke en sykdom, men en betegnelse på merkbart redusert hukommelse, hvor de andre kognitive funksjonene er intakt. Ved alvorlig kognitiv svikt er symptomene mer synlige da det er flere kognitive funksjoner som svikter. Den kognitive funksjonen kan forverres gradvis eller utvikles brått (Berentsen, 2008, s. 351-352).

I tillegg kan også personer med demens få atferdsmessige og psykiske forandringer (Berentsen, 2008, s. 351). For at det skal diagnostiseres som demens må det også være svikt av kognitive funksjoner som påvirker dagliglivet. Ved demenssykdom er det ulike grader. Mild, moderat og alvorlig grad av demens. Ved alvorlig grad husker bare pasienten deler av sitt tidligere liv, og gjenkjenner ikke igjen familiemedlemmer og ikke alltid sine nærmeste. Pasienten klarer ikke å forstå alt andre sier og har selv svært begrenset ordforråd. Han klarer ikke å orientere seg om tid, sted og situasjon (Berentsen, 2008, s. 355).

Det internasjonale klassifikasjonssystemet ICD-10 brukes for diagnostisering av demens i Norge. Det er en lege, ofte fastlege som skal stille diagnosen. Ofte er det i samarbeid med demenssykepleier eller andre sykepleiere (Engedal, 2003). Kriteriene fra WHO (1993) gir en mer detaljert definisjon av demens:

1. Svekket hukommelse

Svikt av andre kognitive funksjoner (dømmekraft, planlegging, tenkning, evne til abstraksjon)

- mild grad: Svekkelsen virker inn på evnen til å klare seg i dagliglivet, men kan klare seg alene
- moderat grad: Personen kan ikke klare seg uten hjelp, og sliter med å huske vesentlige ting for å klare seg alene.
- alvorlig grad: Personen trenger kontinuerlig tilsyn og pleie, klarer ikke å innhente ny informasjon

2. Personen har klar bevissthet

3. Personen har sviktende emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial atferd, og har minst ett av følgende symptomer:
 - emosjonell labilitet (svingende stemningsleie)
 - irritabilitet
 - apati
 - unyansert sosial atferd

4. Symptomene i punktene over må ha vart i seks måneder eller mer. (World health organization, 1993; Engedal, 2003, s. 126).

Demens skyldes ulike sykdommer og tilstander. Symptomene varierer ettersom hvilken demenssykdom personen har, hvilken del av hjernen som er skadet og ut i fra miljø- og sosiale faktorer (Berentsen, 2008). Når en ser på hvilke sykdommer som forårsaker demens skiller det mellom de degenerative hjernesykdommene, vaskulær demens og sekundære demenssykdommer. Innenfor de degenerative hjernesykdommene finner vi Alzheimers sykdom, som er årsaken til mer enn 60 % av demenstilfellene. I denne gruppen er også frontallappdemens, demens med Lewy-legemer og Parkinsons sykdom. Vaskulær demens skyldes de sykdommene som oppstår i blodårene i hjernen, som skyldes et eller flere infarkter i hjernen. Flere hjernesykdommer kan føre til demens dersom det skader områder av hjernen som bearbeider informasjon. Disse kalles ofte sekundære demenssykdommer (Engedal, 2003, s. 128).

3.2.1 Å leve med demens

Hos enkelte kan sykdomsforløpet være kort og intenst, mens hos andre personer med demens kan forløpet strekke seg over 20 år (Berentsen, 2008, 355). Som alle andre mennesker, er også personer med demens svært ulike. Felles for alle personer med demens er at det påvirker en. Hvordan de ser på seg selv og hvordan pårørende og samfunnet forholder seg til dem. Det vil også påvirke hvordan de mestrer og håndterer hverdagen (Helse- og omsorgsdepartementet, b2015). Tidlig i sykdomsforløpet forstår mange personer med demens at noe er galt og ikke stemmer. De kan forsøke å dekke over svikten de har. Noen lager systemer for å huske, men kan etterhvert glemme hvordan systemet virker. Andre forstår kanskje ikke at det feiler dem noe, og er ikke opptatt av å dekke over (Berentsen, 2008, 370). De kan få tapsfølelse for eksempel av hukommelse, minner eller forståelse av utførelse av praktiske oppgaver. De mister følelsen av å få til noe og oppleve mestring. Ofte opplever de også at pårørende og omverdenen ser de annerledes enn før. Fremtiden er usikker og de forstår at de er syke (Berentsen, 2008, s. 365-66).

Ved alvorlig grad av demens kan det oppleves som et indre kaos. Pasienten er betydelig preget av handlingssvikt og hjelpeløshet. De vil ikke klare seg alene og er derfor avhengig av tilsyn og omsorg hele døgnet. Disse pasientene bor i sykehjem, og ofte i egne enheter for personer med demens (Berentsen, 2008, s. 355).

Mange personer med demens vil før eller senere få atferdsendringer eller psykiske symptomer, som er en del av demensutviklingen. Symptomene kan for eksempel være følelsesmessige reaksjoner, irritabilitet, apati eller depresjon. Disse endringene kan være milde og kan overses, men de kan også være større da det kan få konsekvenser for helsepersonell, pårørende eller medpasienter (Berentsen, 2008, s. 359). Denne atferden som personen viser er ikke nødvendigvis en del av endringer i hjernen eller sykdomsforløpet, men skjer ofte i samhandling med miljøet (Engedal, 2003, s. 145).

3.2.2 Utfordrende atferd

Det er ikke unormalt eller avvikende å se utfordrende atferd hos personer med demens (Rokstad & Smebye, 2008, s. 182). Engedal (2003) sier en definisjon på vanskelig eller utfordrende atferd kan være:

Et uønsket handlingsmønster som ikke kan forklares ut fra demenssykdommens forløp, men som er et resultat av den demente personens forståelse eller manglende forståelse av sine omgivelser, og som uttrykker seg i den samhandling med omgivelsene som springer ut fra denne forståelsen/manglende forståelsen (s. 145).

Utfordrende atferd eller endret atferd er derfor en forståelig reaksjon på personens endret livssituasjon som skyldes endrede muligheter for fremtidig liv og opplevelse av endret atferd av de kjente rundt seg (Rokstad & Smebye, 2008, s. 182). Pasienten med demens kan for eksempel reagere med aggressivitet. Det er vanlig at personer med demens kan slå, sparke eller rope til omgivelsene rundt seg. Dette er ofte i vanskelige eller uoversiktlige situasjoner hvor de kan føle seg truet eller har manglende forståelse (Berentsen, 2008, s. 362).

3.3 Samtykkekompetanse og bruk av tvang i demensomsorgen

Eldre mennesker i sykehjem er utsatt for bruk av tvang hvor deres integritet blir krenket. De er avhengige av helsepersonells hjelp, tid, kompetanse og holdninger for å bli ivaretatt. Kirkevold og Engedal (2004) definerer tvang som:

Tvang kan bli definert som det å holde hender, ben eller hode som hindrer beboerens bevegelsesfrihet eller tilgang til egen kropp, ved aktiviteter i hverdagen, undersøkelser, overvåking med elektroniske redskaper og tilsetning av medisin i mat og drikke uten beboernes vitende og vilje (s. 282, egen oversettelse).

Personens sykdom og funksjonssvikt kan stå i veien for hvordan helsepersonell ser pasienten som den egentlig er. De har heller ingen kontroll over sitt eget personlige rom på sykehjemmet, da helsepersonell hele tiden har tilgjengelighet til dem. Det er utfordrende å motsette seg tvang, da de kanskje ikke har nok styrke og kraft. Disse årsakene er med på å utsette eldre og personer med demens for bruk av tvang (Kirkevold, 2008, s. 92). Tvang er mye brukt i norske sykehjem. Hele 37 % i vanlige sykehjemsavdelinger og 40 % i spesialavdelinger for personer med demens opplever en eller annen form for tvang i løpet av en uke. Ofte er det i stellesituasjon for å ivareta behov for personlig hygiene eller ved legemiddelhåndtering at man ser tvang i sykehjem (Kirkevold & Engedal, 2004).

Et sentralt begrep i alt arbeid i helsetjenesten er autonomi. Respekt for pasienten rett til autonomi er grunnleggende for det å være menneske. Autonomi kan forstås som en medbestemmelsesrett og selvbestemmelsesrett. Fysiske og psykiske tilstander kan påvirke en persons mulighet og evne til å utøve denne retten (Hummelvoll, 2012, s. 85). Pasienten må møtes og behandles med respekt og omtanke for sin individualitet, uansett om pasienten klarer å gjøre rede for seg eller ikke.

Pasient- og brukerrettighetslovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helse- og omsorgstjenesten. Formålet er å sikre god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter. Den skal bidra til å fremme sosial trygghet og ivareta respekt, integritet og menneskeverd for den enkelte pasient (1999, § 1-1)

Kapittel 4 i Pasient- og brukerrettighetsloven er sentral når vi skal skrive om samtykke og bruk av tvang. Helsehjelpen som helsepersonell utfører kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det er et annet grunnlag for å utføre helsehjelp uten samtykke

(Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-1). Ved samtykkekompetanse innebærer det at personen er myndig og psykisk og fysisk i stand til å ivareta sine egne interesser. I følge Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 vil «samtykkekompetansen bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter» (1999). Det er den som yter helsehjelpen som avgjør om pasienten mangler kompetanse til samtykke. Det skal likevel tilrettelegges slik at pasienten selv kan samtykke til helsehjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-3).

Kapittel 4 A i Pasient- og brukerrettighetsloven omhandler helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Lovens formål er å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt å forebygge bruk av tvang (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999, § 4A-1).

Før helsepersonell kan yte helsehjelp til en pasient som motsetter seg, «må tillitsskapende tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4A-3). Dersom pasienten fortsatt motsetter seg helsehjelp, kan det fattes vedtak om helsehjelp ved bruk av tvang dersom: «a)en unnlattelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, og b)helsehjelpen anses nødvendig, og c)tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen» (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999, § 4A-3).

Er disse vilkårene oppfylt kan den som yter helsehjelp gjennomføre nødvendig tiltak overfor pasienten med bruk av tvang, eller iverksette andre tiltak som kan forhindre motstand hos pasienten. Det må hele tiden vurderes på en helhetlig måte om at bruk av tvang klart er den beste løsningen for pasienten. Tiltakene avbrytes straks lovens vilkår ikke lenger er til stede (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4A-4). Vedtakene om bruk av tvang godkjennes av fylkeslege, og kun for ett år om gangen. Det er helsepersonell som er ansvarlig for pasienten som sender inn informasjon og dokumentasjon til fylkeslege. Denne informasjonen skal inneholde hvilke tillitsskapende tiltak som er forsøkt for å gjennomføre helsehjelp uten bruk av tvang. Det skal også stå hvordan type inngrep det er for pasienten, hvilken omsorg som skal gjennomføres og i hvilken grad pasienten motsetter seg. Om det er mulig skal det innhentes informasjon fra pasientens pårørende som kan si noe om hva pasienten selv ville ønsket. Fylkesmannen vurderer etter tre måneder om det fortsatt er et behov for helsehjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4A-5; § 4A-8).

Sykepleieren som møter personen med demens må møte den med respekt og verdighet, uavhengig av type demensdiagnose, underliggende sykdom eller atferd. Dette er en del av personsentrert omsorg.

3.4 Personsentrert demensomsorg

Opplevelsen av demens vil alltid være individuell, forskjellig og vekslende. Personen med demens vil kunne ha problemer med å uttrykke seg i form av egne ønsker og behov. Det er derfor viktig at sykepleieren som skal møte pasienten med demens møter den med respekt og imøtekommer pasientens individuelle behov. Det finnes ingen enkel definisjon på personsentrert demensomsorg, men det omhandler individualisert tilpasset omsorg, verdier og respekt overfor personen med demens. Personsentrert omsorg beskriver fire hovedelementer:

1. Personsentrert demensomsorg innebærer å verdsette mennesket med demens, gjennom hele sykdomsforløpet. De må møtes med respekt og som et fullverdig menneske i samfunnet uavhengig av alder og kognitiv funksjon.
2. Personer med demens skal behandles som enkeltindivider. Alle de personene med demens som vi møter har en egen personlighet med en unik bakgrunn og egne evner og ressurser.
3. Omsorgsgiver må også forsøke å forstå verden til den demente pasienten. Å vise empati i seg selv kan ha en terapeutisk effekt, da personer med demens handler og oppfører seg etter hvordan de blir møtt og behandlet.
4. Personer med demens har også et behov et sosialt miljø og relasjoner for å kunne leve et godt liv. Personens grunnlag i mellommenneskelige relasjoner påvirker også atferd ved demens (Brooker, 2013, s. 12-13).

Tom Kitwood var den som først omtalte begrepet personsentrert omsorg i tilknytning til demens. Han skriver om at fokuset hos personen med demens ikke skal være sykdommen hos personen, men personen bak sykdommen (Kitwood, 1999, s. 17).

Dawn Brooker introduserte VIPS-rammeverket som en mer konkret definisjon på personsentrert omsorg:

V - Et verdigrunnlag som anerkjenner menneskets verdi.

I - Personen skal møtes med en individuell tilnærming.

P - Evnen til å forstå ut i fra personens perspektiv.

S - Vektlegger behovet for et støttende sosialt miljø (Brooker, 2013, s. 9; Rokstad, 2014, s. 29).

Målet med personsentrert omsorg for personen med demens, er å bevare deres personverd selv om de er utsatt for kognitiv- og funksjonssvikt. Kitwood definerte persoverd som “en rang eller status som tildeles et menneske av andre, i en kontekst av relasjoner og sosialt liv. Det innebærer gjenkjennelse, respekt og tillit” (Siteret i Brooker, 2013, s. 12). Som omsorgsgiver er vi ved personsentrert omsorg nødt til å se hele mennesket. Personer med demens opplever grader av trivsel eller mistriivsel, og atferden som personen viser reflekterer dette. I følge Kitwood er utfordrende atferd, fortvilelse eller apati vanligere å se ved de personene med demens som ikke får ivaretatt deres individualitet og integritet. For de som får ivaretatt dette forventes det å se større grad av trivsel (Brooker, 2013, s. 12). For å møte personens behov må omsorgen og miljøet bli personliggjort. Relasjonen mellom pleier og pasient må vektlegges, samt at omsorgsgiver må forstå personen med demens og dens atferd. Det må tilrettelegges for samarbeid og likeverdighet gjennom hele sykdomsforløpet for at personen med demens forbevar sitt personverd (Rokstad, 2014, s. 29).

3.5 Miljøbehandling

Som nevnt er det viktig for helsepersonell å skape trygghet og ha en god relasjon med pasienten for å redusere bruk av tvang (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 48). Miljøbehandling kan være et godt tiltak for å skape trygghet. Miljøbehandling er en behandlingsform som i hovedsak handler om å bedre pasientens praktiske og sosiale ferdigheter via aktiviteter i omgivelsene (Rokstad & Smebye, 2015, s. 153). Disse aktivitetene innebærer å gi innhold i hverdagen, gi opplevelser, avlede fra sorg og smerte, vedlikeholde ferdigheter, skape glede og tilhørighet, trene og dempe uro (Rokstad & Smebye, 2015, s. 157). Dette miljøet skapes i enheten ut i fra en kartlegging av den enkeltes pasients behov og selve enhetens miljøbehandlingsstruktur i form av dag- og ukeplaner og personalets roller i enhetens miljø (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2015, s. 199).

Dagliglivets gjøremål er inspirasjonen til aktivitetene som planlegges og oppstår der hvor pasienten møter andre pasienter og personale. Situasjoner som omhandler egenpleie som å stå opp, stelle seg, velge klær og rydde rommet, måltider som matlaging og dekkning av bord og husarbeid som klesvask er eksempler (Rokstad & Smebye, 2015, s. 156; Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2015, s. 200).

Demens kan påvirke ens mulighet til å involvere seg i en ønsket aktivitet, men mennesket har fortsatt et behov for å være aktiv. Samtidig kan en pasient også ha behov for å kunne trekke seg tilbake fra en aktivitet og ikke forholde seg til noen eksterne krav (Rokstad & Smebye, 2015, s.156). De kan ha en opplevelse av ikke å få til praktiske oppgaver, og de hverdagslige gjøremålene blir vanskeligere. Hvis de trekker seg tilbake kan det styrke nederlagsfølelsen (Helse- og omsorgsdepartementet, b2015, s. 12). Miljøbehandling er å kunne hjelpe en pasient i å få sine sanser stimulert i aktiviteter de kan mestre. Gode rammer for mestringsopplevelsen oppnås med rolige omgivelser og at sykepleieren gir pasienten den tid den trenger (Rokstad & Smebye, 2015, s.161). Flere personer med demens har gitt uttrykk for at det er veldig positivt å føle på at en fortsatt duger til noe. Ved å tilrettelegge aktiviteter kan det bidra til å gi innhold, mening og mestring i hverdagen (Helse- og omsorgsdepartementet, b2015, s. 12). Aktivisering som engasjerer pasienten, i gruppe eller individuelt, har stor betydning for å minske forekomsten av uro og har en positiv effekt på humør og atferd (Thorsen & Kirkevold, 2016, s. 369).

En forutsetning for terapeutisk miljøbehandling er at personalet har en felles forståelse av psykiske lidelser og hvordan man best kan imøtekomme pasientens behov (Hummelvoll, 2014, s. 471-472). Personalet er en viktig del av miljøbehandlingen og derfor er personalets holdninger viktig for den terapeutiske effekt. Det er essensielt at pasienten ses på som og selv opplever at de er likeverdige individer på lik linje med sykepleieren. Målet er å danne et samarbeid og et fellesskap mellom sykepleier og pasient for å fremme autonomi og forståelse av pasientens perspektiv (Hummelvoll, 2014, s. 38).

3.5.1 Bruk av musikk i behandlingen

Musikk kan brukes av personalet i forskjellige situasjoner i institusjonen med god effekt eller utøves av en profesjonell musikkterapeut. Musikk kan brukes på mange måter, men i miljøbehandling brukes det for å redusere stress og uro, få frem positive opplevelser og

minner og for å fremme sosial deltakelse. Musikk kan brukes til gruppeaktivisering med dans og bevegelse som ligner på gymnastikk eller avspenning med ro og hvile (Rokstad & Smebye, 2015, s. 163- 164).

Kjent musikk er viktig for å skape gjenkjenning og fremme deltakelse (Rokstad & Smebye, 2015, s. 42). Ved gjenkjenning kan pasienten synge med og få en følelse av mestring (Berentsen, 2008, s. 376). Musikk ved avspenning brukes for å dempe uro og motvirke stress og angst. Dette kan utføres i små grupper, men utføres oftest alene med pasienten. Musikken må være kjent og rolig for pasienten slik den hjelper med å roe pasienten (Rokstad & Smebye, 2015, s. 165). Musikk kan være en inngangsport til det som ligger dypere inne hos pasienten og kan være en måte for pasienten å uttrykke seg lettere gjennom. Det påvirker trivsel og identitet og kan hjelpe pasienten med å gjenoppdage seg selv (Berentsen, 2008, s. 376)

Det er viktig at musikken som brukes er tilpasset den individuelle pasienten. Kartlegging av pasientenes preferanser når det gjelder musikk er viktig for en positiv effekt. Pasienten kan reagere med irritasjon og uro hvis musikken ikke er kjent fra før eller hvis musikken får frem ubehagelige minner (Rokstad & Smebye, 2015, s. 166).

3.6 Kommunikasjon i møte med personer med demens

Kommunikasjon kan defineres som «utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter» (Eide & Eide, 2007, s. 17). I samhandling med mennesker er kommunikasjon nødvendig for felleskapet og forståelse mellom mennesker ved samtale og samvær (Hummelvoll, 2012, s. 420). Ved demens blir evnen til å kommunisere utfordret, da det i prosessen påvirker evnen til å forstå og bli forstått. Vi har alle et behov for å kommunisere med andre mennesker, selv med en demensdiagnose. Ved at personen med demens får dekt dette behovet kan det øke livskvaliteten (Rokstad & Smebye, 2008, s. 93).

Ved å kjenne til de forandringene som demenssykdommen innebærer, og se personen som den er uansett kognitiv funksjon vil være en god holdning hos sykepleieren. Grunnleggende for å kommunisere med personen med demens er å vise respekt, empati og ha en positiv holdning. Med respekt innebærer det å ta personen på alvor og godta personen som «den er».

Empati er hvordan vi forstår den andre, og innebærer å møte personen med vilje og ønske om å fremme personens opplevelser (Rokstad & Smebye, 2008, s. 92).

Ved kommunikasjon med personer med demens finnes det noen kommunikasjonsprinsipper som kan bidra til å oppnå best mulig kommunikasjon, for eksempel realitetsorientering, reminisens og validering (Rokstad & Smebye, 2008, s. 103).

Realitetsorientering innebærer å orientere pasienten om virkeligheten i form av for eksempel tid, sted, situasjon eller navn på personer eller steder (Rokstad & Smebye, 2008, s. 100-101). Ved bruk av validering er man ikke så opptatt av hva som er reell og sann informasjon, men heller å anerkjenne pasientens opplevelse av situasjoner. Sykepleieren bekrefter pasientens følelser og kommunikasjon, og er støttende og trøstende og følger med på det pasienten sier (Rokstad & Smebye, 2008, s. 105-106).

Reminisens eller minnearbeid er evnen til å hente frem hendelser fra tidligere i livet som er personlige og meningsfulle. Pasienten kan se for seg hendelser fra livet sitt ved at noen andre gjenforteller livet til personen (Rokstad & Smebye, 2008, s. 104). Ved å bruke reminisens er det nødvendig å vite noe om personens fortid. Ved å være engasjert i personens minner vil det kunne oppleves positivt for pasienten. Minner kan bidra til at den eldre får en følelse av verdighet og styrke av egen identitet og føle tilhørighet (Eide & Eide, 2007, s. 393).

4. Hvordan kan sykepleiere bruke miljøbehandling for å redusere bruk av tvang hos pasienter med demens med utfordrende atferd i sykehjem?

4.1 Møte pasienter med demens – hva er det beste for pasienten?

Travelbee har et stort fokus på et menneske-til-menneske-forhold, hvor målet er å skape en likeverdig relasjon og god kommunikasjon mellom pasient og sykepleier (Travelbee, 2001, s. 41). Slik vi forstår det mener hun at for å identifisere pasientens individuelle behov må man se det unike menneske bak sykdommen (Travelbee, 2001, s. 62-63).

Vi ser likheter mellom Travelbee og Kitwoods personsentrerte demensomsorg, som blant annet innebærer å verdsette mennesket og møte den enkelte med respekt og empati, selv om han eller hun har en demenssykdom. Kitwood mener også at pasienten med demens må møtes som et enkeltindivid da alle vi møter har egen personlighet og bakgrunn. Dette synet på individet bak sykdommen deler sykepleieteoretikeren Orlando. Hun har også et stort fokus på et pasient-sykepleie-forhold, men i motsetning til Travelbee er hun ikke like kritisk til bruken av titlene “sykepleie” og “pasient”. Hun mener at sykepleieren har en reaksjon på pasientens atferd som utløser tanker og følelser hos sykepleieren (Orlando, 1995, s. 58). Dette må identifiseres og reflekteres over slik at man sammen med pasienten, sikrer seg at sykepleierens og pasientens opplevelse stemmer overens og at budskapet blir forstått av begge parter. Orlandos svar på god sykepleie er altså en sykepleier som reflekter over egne tanker og følelser og søker bekreftelse hos pasienten (Eide & Eide, 2014, s. 133).

I tillegg til de symptomene som demens gir, vil pasienten også få atferdsendringer og psykiske symptomer (Berentsen, 2008, s. 359). Atferden som pasienten viser reflekterer pasientens trivsel. Ved at sykepleier ivaretar pasientens individualitet og integritet forventes det å se større grad av trivsel hos pasienten. Dette kan begrense pasientens utfordrende atferd (Brooker, 2013, s. 12). Et eksempel på dette er studien om individualisert musikkterapi, hvor resultatene viste at livskvaliteten økte hos pasientene med demens som fikk individualisert musikkterapi. Pasientene viste større grad av trivsel, og hadde mindre agitasjon og uro i tidsperioden hvor musikkterapien foregikk (Ridder et al., 2013, s. 673). Sykepleieren må skape en god relasjon med pasienten for å forstå personen med demens og

dens atferd (Brooker, 2013, s. 12). I følge Pasient- og brukerrettighetsloven skal man bidra til å ivareta den enkelte pasients respekt, integritet og menneskeverd (1999, § 1-1). Ved å ivareta dette vil pasienten få bevart sin autonomi, og være mer i stand til å ta egne valg. Evnen til å være et autonomt menneske og ta autonome valg svekkes ved psykiske og fysiske sykdommer, slik som demens (Solvoll & Granum, 2014, s. 9). Solvoll og Granum (2016) påpeker at integritet, respekt og verdighet er viktig for at pasienter med demens skal få virkeliggjort sine ønsker i hverdagen, slik som det står i pasient- og brukerrettighetsloven. Videre beskriver Solvoll og Granum at relasjonen mellom helsepersonell og pasienten med demens er viktig for pasientautonomi, for å utvikle pasientens evne og muligheter til å foreta autonome beslutninger (s. 8-14). For pasienter som ikke kan uttrykke seg verbalt, kan sykepleier ha en holdning til pasientene som passive og ikke ønsker å ta del i egen situasjon (Solvoll & Granum, 2016, s. 10). Paternalisme kan derfor oppstå i utførelsen av sykepleie, altså at sykepleieren tar makt og avgjørelser overfor pasienten som sykepleieren mener er det beste for pasienten (Hummelvoll, 2012, s. 96). Paternalisme strider i mot Travelbee og Kitwoods holdninger om å se pasienten bak sykdommen og verdsette pasientens personlighet og bakgrunn. Ved paternalisme begrenser det også sykepleierens refleksjoner om følelser og tanker rundt pasienten, som Orlando mener er viktig (1995, s. 84). Som sykepleiere må vi derfor forsøke å forstå pasienten med demens og de atferdsendringene som sykdommen gir. Vi må respektere de valgene pasienten tar selv om vi kan være uenige i valget. Vi må skape en god relasjon til pasienten for at pasienten selv kan gi uttrykk for egne valg, og at ikke vi som sykepleiere avgjør hva som er det beste for pasienten.

Ut fra egne erfaringer fra praksis har vi opplevd at ved å møte pasientens individuelle behov vil det være positivt for pasienten og øke trivselen. Vi møtte for eksempel en pasient som hadde et stort behov for nærhet, kontakt og samvær. En annen pasient hadde periodevis et behov for å være alene på rommet med egne tanker. Vi ser likheter mellom sykepleieteorier, faglitteratur og egne erfaringer på hvordan man kan møte pasienter med demens. Som sykepleiere må vi møte pasienter med demens med respekt og verdighet. Slik som vi tolker Travelbee, Orlando og Kitwood, mener vi at man må se mennesket som “det er” og se personen bak sykdommen som et unikt og autonomt menneske. På den måten imøtekommer vi best deres behov for sykepleie. Det viser at nestekjærlighet og barmhjertighet er viktige verdier hos en sykepleier.

4.2 Pasient- og brukerrettighetsloven – hva er tvang?

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det at vi som sykepleiere må beskytte pasienten mot unødvendige handlinger og bruk av tvang (NSF, 2016). Samtidig handler sykepleie om å ivareta pasientens grunnleggende behov når han ikke er i stand til det selv. Ved en alvorlig grad av demens er ofte ikke pasienten i stand til selv å vurdere egne behov, og vil kanskje motsette seg om noen forsøker å hjelpe med å ivareta disse (Berentsen, 2008, s. 355,362). Helsehjelpen vi utfører kan bare gis om pasienten selv samtykker til det, men mindre det er et annet grunnlag for å utføre helsehjelpen uten samtykke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-1). Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 sier at dersom personen åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter grunnet demens, kan samtykkekompetansen bortfalle (1999). Å utføre helsehjelp til pasienter uten samtykke innebærer at de kan motsette seg helsehjelpen, og kan gjennomføres med bruk av tvang om vilkårene er oppfylt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-3). Vi som sykepleiere må derfor avgjøre om pasienten mangler kompetanse og forståelse for å ivareta egne behov. Hvis vi anser helsehjelpen som nødvendig, eller at helsehjelpen som gis kan unngå helseskader for pasienten, kan vi utføre den med bruk av tvang. Så i følge de yrkesetiske retningslinjene og loven, skal vi beskytte pasienten mot bruk av tvang så langt det lar seg gjøre. Hvis sykepleiere skal vurdere helhetlig om bruk det er beste for pasienten, kan utfallet variere etter som hvilken sykepleier som møter pasienten. I demensomsorgen begrunnes bruk av tvang stort sett med at tvang er til det beste for pasienten, men det er usikkert om helsepersonell er de beste til å vurdere dette (Rokstad & Smebye, 2008, s. 219). Om sykepleieren tar avgjørelser for pasienten som sykepleieren mener er det beste for pasienten, er dette uønsket paternalisme. Altså at sykepleieren ser på pasienten med demens som noe mindre enn et autonomt individ (Hummelvoll, 2012, s. 96).

I praksis har vi erfart usikkerhet blant helsepersonell om hva som inngår i tvang og ikke. Vi har hørt helsepersonell si at loven kan være vanskelig å forstå da den består av et juridisk språk, som kan være utfordrende å tolke. Samme usikkerhet er det når sykepleier skal skrive vedtak om tvangstiltak, og hvordan det skal håndteres. Et eksempel er skjult legemiddelhåndtering, som blanding av legemidler i mat og drikke, hvor det diskuteres om det er tvang eller ikke. Fra Kirkevold og Engedals studie (2004) kommer det frem at blanding av legemidler i mat og drikke er utbredt på sykehjem i Norge (s. 283). Hvis pasienten ikke blir informert om det som gis til han, og ikke gir samtykke, er dette i følge

loven tvang ettersom helsehjelpen gis uten samtykke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Ved demenssykdom er evnen til å forstå og oppfatte informasjon svekket (Berentsen, 2008, s. 352). Vi har sett at sykepleier informerer pasienten om hva som gis av legemidler, og blander det i syltetøy da det er lettere for pasienten å svelge. Pasienten svarer ja, men pasienten har en alvorlig grad av demens og hans samtykkekompetanse er manglende. Vi oppfatter at pasienten ikke forstår hva som gis av legemidler, men han synes det smaker godt og velger å svelge syltetøyet. Vi oppfatter dette som tvang selv om pasienten ikke motsetter seg, ettersom pasienten klart ikke er i stand til å forstå det som gis. I faglitteratur står det at legemiddelbehandling kan gis uten samtykke, forutsatt at behandlingen som gis er forsvarlig og at behandlingen helt klart er positiv og veier opp for ulemper som bivirkninger (Ranhoff & Børdahl, 2008, s. 164). Dette vekker et etisk dilemma. Skal legemidlene gis mot pasienten samtykke eller ikke? Vi ser at legemidlene som gis er til gode for pasienten da de inneholdt sterke smertestillende som vil lindre pasientens smerter. Loven definerer dette og lignende situasjoner som tvang. For denne pasienten veier det etiske i retning av å gi pasienten legemidlene, selv om utførelsen oppleves som tvang. Pasienten hadde ikke vedtak om tvang om tildeling av legemidler. Sykepleieren vi møtte på denne avdelingen har stor kompetanse og erfaring om tvangsvedtak, og ifølge henne var det utfordrende å få igjennom slike tvangsvedtak, ettersom pasienten ikke motsetter seg.

Det blir krevet av oss som sykepleiere at vi skal se pasientens situasjon i et helhetlig perspektiv, før vi vurderer hva som er den beste løsningen for pasienten. Sykepleier vil møte etiske problemstillinger og utfordringer i utførelsen av sykepleie. Vi har et ansvar for at sykepleien blir utført på en forsvarlig måte (Slettebø, 2013, s. 108). Eventuelle tvangstiltak som iverksettes skal bli diskutert med annet helsepersonell og pasientens pårørende, og skal dokumenteres (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, s. § 4-3). Sykepleierens kunnskap må være med på avgjørelsen om hva som er forsvarlig sykepleie i vurderingen av hva som er det beste for pasienten.

4.3 Hvordan i all verden motsetter du deg når jeg vil ditt beste?

Resultatene fra Kirkevold og Engedals (2004) studie stemmer overens med våre egne erfaringer, hvor de ser at tvang er et problem i norske sykehjem (s. 285). Vi har erfart bruk av tvang i ulike sykehjemsavdelinger, både der hvor det foreligger vedtak om tvang og ikke. I Kirkevold og Engedals (2004) studie kommer det frem at ikke-mekanisk tvang er mer vanlig i avdelinger for personer med demens, slik som å låse dører, fysisk tilbakeholdelse, holde pasienten fysisk fast i stellesituasjoner eller å blande medikamenter i mat og drikke (s. 283). Vi så at det som ble hyppigst brukt var tvang i forbindelse med ivaretagelse av personlig hygiene, som også studien Kirkevold og Engedal viste (2004, s. 283). Fra våre erfaringer fra en skjermet avdeling for pasienter med demens, bodde det åtte pasienter hvorav tre hadde vedtak om tvang for å ivareta deres personlige hygiene. Dette var enten ved nedentilvask, bleieskift eller dusj. Vi opplevde også at dører ble låst uten pasientens samtykke, blanding av medikamenter i syltetøy og tilbakeholdelse. På denne avdelingen ble som oftest tillitsskapende tiltak forsøkt og gjentatt før tvang ble brukt. Noen av de tillitsskapende tiltakene som vi erfarte var øyekontakt, berøring, bruk av musikk, dans, og å la pasienten styre tempo. Her var det flere pleiere til få pasienter, slik at det ble tatt god tid til tillitsskapende tiltak.

Vår opplevelse og erfaringer med bruk av tvang overfor pasienter med demens er todelt. Vi ser nødvendigheten med å ivareta pasientens behov. Ved for eksempel å utføre personlig hygiene for å ta vare på personens verdighet og velvære, samt å forebygge sykdom. Eller ved tilbakeholdelse av pasienten hvor vi sørger for sikkerhet for pasienten selv, pårørende og personalet. Ved demenssykdom må ofte sykepleier ivareta pasientens behov da han kanskje ikke er i stand til dette selv (Berentsen, 2008, s. 355). Dette fører ofte til at pasienten motsetter seg fysisk og verbalt utagerende mot personalet (Berentsen, 2008, s. 362). På den andre siden kan tvang oppleves skremmende og emosjonelt utfordrende for oss som sykepleiere og ikke minst pasienten selv. Dette sier også sykepleierne i Garden og Hauges studie (2012). De forteller at pasientens reaksjoner på sykepleiernes handlinger opplevdes skremmende (s. 19). En sykepleier i studien fortalte at en pasients reaksjon var så dramatisk at det nesten kunne virke som om hun opplevde det som å bli voldtatt (2012, s. 19). Vi opplevde en lignende situasjon hvor vi deler den samme opplevelsen. Vi skulle dusje en pasient som hadde tvangsvedtak på dusjing tre ganger i uken. Personalet hadde i lang tid

forsøkt ulike tillitsskapende tiltak uten å lykkes med å dusje pasienten uten at han motsatte seg. Pasienten var inkontinent for urin og avføring og hadde ingen selvinnsikt i å ivareta egen personlig hygiene. Som sykepleiere måtte vi derfor sørge for at pasienten var ren og velstelt, for å forebygge sykdommer som urinveisinfeksjon. Vi gjorde det også for å ivareta pasientens verdighet, som vi tolker at Travelbee også mener er essensielt i samhandlingen med den enkeltes behov for sykepleie. Vi har derfor forståelse for hvorfor vi utførte dusjingen, men i situasjonen oppleves det utfordrende, da pasientens reaksjon opplevdes motstridene for hva vi ønsket å oppnå. Pasienten motsatte seg verbalt og fysisk, og viste tydelig misnøye og frustrasjon. Personalet måtte fysisk holde hendene til pasienten for å kunne fullføre stellet og for egen sikkerhet. Situasjonen opplevdes å være mere til skade enn til gode for pasienten. Det er viktig at sykepleier kjenner på disse følelsene, og reflekterer over egne følelser og reaksjoner. Sykepleier må ha affektbevissthet og affekttoleranse for å kunne reflektere over dette, som har likheter til Orlandos teori. Sykepleierens selvinnsikt og kontroll over egne følelser er derfor grunnleggende for forståelse av pasienten og utøvelsen av forsvarlig pleie (Orlando, 1995, s. 58; Eide & Eide, 2014, s. 133). Affektbevissthet er å være bevisst om og akseptere sine egne følelser (Eide & Eide, 2007, s. 49-50). Affekttoleranse handler om å tolerere og oppleve følelser uten at det styrer våre handlinger. For eksempel å føle sinne uten å la det gå utover en selv, pasienten eller omgivelsene og ikke bli passivisert av å være lei seg og trist (Eide & Eide, 2007, s. 49-50). Dette viser et fokus, ønske og behov for å forstå pasienten, men krever at vi jobber med oss selv og kan identifisere våre egne tanker og følelser.

Vi ser at sykepleiere er avhengige av å kunne forstå og sette seg inn i pasientens situasjon, perspektiv og behov, som vil skape trygghet og tillit, og danner en god relasjon. Hvis vi ikke er bevisste om våre egne følelser, vil vi ha et dårligere utgangspunkt når det gjelder å forstå pasientens følelser og reaksjoner. I Garden og Hauges (2012) studie viser personalet en refleksjon og affektbevissthet i ledd av å prøve å forstå pasienten, men skylder på at rammene i arbeidsplassen og den generelle mangel på kunnskap hos personalet, svekker affekttoleransen (s. 20). En sykepleier i Garden og Hauges studie (2012) sa:

Du blir jo speilet av det som er foran deg, det gjør du jo hele tiden! Og selv om du skal være profesjonell og vet at du ikke skal bli sint og greier å holde det inni deg, så greier du ikke å stoppe det. (s. 20)

I denne studien ser de på sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens. De forteller at de forsøker tillitsskapende tiltak ved å informere og tilrettelegge for individuelle tiltak, men til tross for dette så forstår ikke pasienten handlingen. Mangel på felles forståelse og empati kan resultere i mer bruk av tvang. Mange av sykepleierne i studien opplevde pasientens motstand og reaksjoner som et personlig og profesjonelt nederlag. Noen av sykepleierne kunne reagere med sinne i tvangssituasjoner, hvor de er klar over at disse personlige reaksjonene forstyrret sykepleierens faglige vurderinger (Garden & Hauge, 2012, s. 19-20). En sykepleier sa da hun skulle sette ord på følelsene sine «... Du er også sint på pasienten. Hvordan i all verden motsetter du deg når jeg vil ditt beste?» (2012, s. 20). De følte de kjempet kampen for pasientens beste, hvor de hjelper pasienten med å se velstelte ut. På den andre siden kjempet de en kamp mot pasienten, da pasienten motsatte seg hjelpen til dusj. De ser at det er en klar sammenheng mellom deres eget tvangsbruk og pasientens aggresjon. Sykepleierens kunnskap, holdning og forståelse om pasienten, dens atferd og demens kan få konsekvenser for hvordan og hvilke tiltak som iverksettes (Garden & Hauge, 2012, s. 21). Orlando beskriver pasient-sykepleie-forholdet som dynamisk og hvis sykepleierens reaksjon på pasientens atferd ikke har ønsket effekt må man starte refleksjons- og forståelsesprosessen om igjen. Denne sykepleieprosessen handler om å observere pasientens atferd sammen med det man kjenner av pasientens bakgrunn og ut fra det forme individuelle tiltak (2012, s. 54). Å kjenne på de følelsene pasienten vekker er en viktig del av kartleggingen av nettopp den pasienten og dens behov. Da vil man kunne iverksette det Orlando kaller veloverveide aktiviteter i motsetning til automatiske aktiviteter, hvor aktiviteten ikke tilpasses det unike individ. I Garden og Hauges (2012) studie fortalte sykepleierne at det var stor forskjell på pasientens atferd om tiltaket ble utført ut i fra kjennskapet til pasienten, og ikke ut i fra hva sykepleieren ville (s. 20). Vi ser derfor hvis sykepleier har kjennskap til pasienten kan tiltaket bli utført uten bruk av tvang, og man forhindrer å handle ut i fra et paternalistisk perspektiv. Dette har vi også erfart i praksis, hvor vi får kjennskap til pasienten og ser hvilke individuelle tillitsskapende tiltak som forebygger bruk av tvang hos den enkelte.

Vi kjenner oss igjen i det sykepleierne i denne studien beskriver samt Orlandos teori. Vi kan se at sykepleiere eller annet helsepersonell gjør tiltak basert på kunnskap og erfaringer. Vi kan kjenne oss igjen i det å føle frustrasjon da vi ikke oppnår det vi ønsker for pasienten, og pasienten får en negativ opplevelse. Vi kjenner på mestring da pasienten opplever situasjonen som positiv, og tiltaket kan gjennomføres uten bruk av tvang. Vi har møtt

sykepleiere med lang erfaring innenfor demensomsorgen, hvor de også kjenner godt til pasientene og deres behov. Sykepleierne tilpasser tiltak til den individuelle pasienten og tar seg tid til den enkelte pasient for å unngå bruk av tvang. Hvilken kunnskap vi opparbeider oss og de erfaringene vi tar med oss er derfor viktige i møte med de pasientene vi møter som sykepleiere.

4.4 Miljøbehandling – gir dagen en mening?

For å redusere bruk av tvang hos personer med demens, står det i Demensplanen 2020 at det er avgjørende å skape trygghet og etablere gode relasjoner (Helse- og omsorgsdepartementet, b2015, s. 48). I pasient- og brukerrettighetsloven står det også at tillitsskapende tiltak skal ha blitt forsøkt før sykepleier kan utføre helsehjelp mot pasientens samtykke (1999). Derfor må sykepleiere ha god kunnskap om relevante tiltak og hvilke som kan iverksettes for den enkelte pasient. For å sikre god individuell omsorg for den enkelte personen med demens vil det kreve faglige diskusjoner, opplæring og veiledning for å utvikle gode metoder for og bevisst hindre bruk av tvang (Helse- og omsorgsdepartementet, b2015, s. 48).

Med målet å minske bruken av tvang, har pasientens individualitet og egne personlige behov en stor rolle. Slik som vi ser det mener Orlando og Travelbee at for å kunne utforme terapeutiske tiltak må de være individuelle og kartlegges ut fra pasientens unike behov og bakgrunn. Dette mener de vil skape trygghet som vil minske utfordrende atferd og uro (2012, s. 54; 2001, s. 137). Dette viser også forskningen om musikkterapi, som reduserer utfordrende atferd og uro (Ridder et al., 2013, s. 673). Miljøbehandling omhandler nettopp denne tilnærmingen til å iverksette tiltak, men trenger ikke bare være ett bestemt tiltak. All pleie, samhandling og behandling kan stamme ut i fra et miljøbehandlings perspektiv. Et slikt miljø skaper rutiner, forutsigbarhet og struktur som igjen skaper trygghet (Rokstad & Smebye, 2008, 153). Miljøbehandling handler om å skape tiltak med det mål å fremme tilhørighet og gi opplevelser, samt å avlede fra sorg og smerte (Rokstad & Smebye, 2015, s. 157). Dette utspiller seg i de omgivelsene pasienten ferdes i og hvor folk møtes i avdelingen og man deltar i aktiviteter rundt for eksempel måltider, husarbeid og egenpleie (Rokstad & Smebye, 2015, s. 156; Skårderud, Haugsgjerd & Stånicke, 2015, s. 200). Opplevelsen av tilhørighet er viktig for å skape trygghet. Aktiviteter hvor man samhandler meningsfylt med de omgivelsene man bor og lever i, er eksempler på tilhørighetsfremmende miljøbehandlingstiltak. For pasienter med demens dreier livskvalitet seg i stor grad om å

samhandle med omgivelsene (Thorsen & Kirkevold, 2016, s. 368). Dette kan være å hjelpe og dekke bord, pynte opp til feiring, hjelpe med å ta ut søppel og lage mat. I praksis brukte vi aktivt miljøbehandling i pleien og i aktivisering av pasientene. Vi inviterte pasientene til å hjelpe med matlaging, spille kort, synge, være med på aktiviteter ute og gå eller sykle turer. Deres forståelse av aktiviteten kan være noe helt annet enn hva som egentlig skjer, men på tross av det så er de aktive og delaktige. Dette kunne ha en positiv effekt på resten av dagen for pasienten. Personer med demens glemmer ofte aktiviteten de har gjort grunnet hukommelsessvikt, men følelsen de fikk kan sitte igjen resten av dagen (Rokstad & Smebye, 2008, s. 28). Vi erfarte at selv om pasientens aktivitet kan virke rotete og kaotisk, så er det pasienten selv som bestemmer hva som gir mening og hva som er meningsfullt. Å akseptere pasientens egen reaksjon og opplevelse av en situasjon eller aktivitet er viktig for å fremme en følelse av individualitet hos pasienten (Rokstad & Smebye, 2008, s. 156).

Det fysiske miljø i miljøbehandlingen er viktig å utforme og tilrettelegge på en måte som fremmer pasientenes mulighet til å være selvstendig (Holthe, 2016, s. 312). Et konkret miljøtiltak er sansehage som er en hage der er organisert med det mål å virke terapeutisk ved å stimulere de ulike sansene. Lukt, lyd, vandring og mosjon er eksempler. Der er særlig fokus på sosialt samvær og aktiviteter blir gjort om til en lek. Området er lukket og beskyttet slik en pasient kan vandre for seg selv uten å gå seg bort (Thorsen & Kirkevold, 2016, s. 367-368). Vi har erfart en pasient som kunne bli overstimulert av både omgivelsene og egne tanker. Han hadde liten effekt av samhandling for å roe seg ned, så da fikk han tid alene. Han gikk gjerne ut i sansehagen og når han kom tilbake var han roligere og mere imøtekommende. Hagen hadde en stimulerende, men samtidig avledende effekt på han.

Fellesskap og samspill mellom mennesker er en stor del av miljøbehandling, og kommunikasjon blir derfor viktig for å skape en relasjon. Evnen til å kommunisere blir svekket ved demens og det å forstå og gjøre seg forstått blir vanskeligere på tross av at man fortsatt har behov for å kommunisere med andre mennesker (Hummelvoll, 2012, s. 420). Ved demenssykdom er det ofte at personen stiller de samme spørsmålene, forteller de samme historiene om igjen, de har utfordringer med å fullføre en samtale og de kan glemme ord i setningen som navn på personer eller steder. Det er derfor viktig at sykepleieren vet hvordan man kan kommunisere med pasienten basert på kunnskap og erfaringer (Rokstad & Smebye, 2008, s. 92-93). Ved at personen ikke føler seg forstått kan det bidra til frustrasjon og utfordrende atferd (Berentsen, 2008, s. 362). Kommunikasjonsprinsippene er et tiltak innen miljøbehandling, da spesielt reminisens. Reminisens er evnen til å få frem hendelser og

opplevelser fra tidligere i ens liv, som er personlige og meningsfulle (Rokstad & Smebye, 2008, s. 104). Å kjenne til pasienten fortid er nødvendig for å få effekt av å bruke reminisens. Målet er å styrke pasientens følelse av identitet og verdighet, og dermed føle tilhørighet (Eide & Eide, 2007, s. 393). Reminisens er et stort og viktig begrep innen miljøbehandling som for eksempel musikkterapi. Musikkterapien vekker tanker, minner og mestring hos pasienten som styrker følelsen av å være et individ og kan dermed øke livskvaliteten, som igjen har vist seg å minske bruken av tvang på grunn av mindre utfordrende atferd (Ridder et al., 2013, s. 673).

Bruk av musikk er et konkret miljøtiltak i miljøbehandling. Musikkterapi alene eller i grupper i form av synging og dansing eller å spille kjente sanger i fellesrom eller på pasientens rom kan ha en terapeutisk effekt (Berentsen, 2008, s. 376). Musikken må være gjenkjennelig for pasienten slik at pasienten har mulighet til å synge med og få en opplevelse av mestring. Om musikk skal ha en terapeutisk effekt må det være tilpasset hver enkelt pasient. Musikk kan være en måte å nærme seg personen bak sykdommen og hjelpe pasienten å lettere å kunne uttrykke seg (Berentsen, 2008, s. 376).

I Ridder, Stige, Qvale & Golds (2013) studie mener de at agitasjon er assosiert med dårlig livskvalitet (s. 668). Senere presentere de et eksempel av effekten av musikkterapi på en pasient med demens, som menes å ha dårlig livskvalitet på grunn av symptomer på paranoia og aggresjon. Hun blir gradvis mer isolert og deprimert og ble derfor henvist til musikkterapi. Etter seks uker smiler hun mer, samtidig som hun viser en mer positiv innstilling til seg selv og omgivelsene. Hun blir aktivisert av musikken, synger og spiller på instrumenter og viser en stolthet over hennes mestring av sangene og melodiene (Ridder et al., 2013, s. 673). Mestring, tilhørighet og individualitet i miljøbehandling er et sterkt fundament for å fremme pasientenes trivsel og sansestimulering i aktiviteter som pasienten klarer å mestre (Rokstad & Smebye, 2015, s. 161). Dette stemmer overens med våre erfaringer hvor musikk ble brukt hvordan det utløste en positiv effekt på pasientene. Vi sang med pasientene inne på fellesstua og valgte sanger som vi visste de kjente til eller oppdaget at pasientene hadde en positiv reaksjon på. Selv de pasientene som ikke hadde noe språk igjen, lyste opp og kunne bevege seg til rytmen. Det hendte at en pasient reagerte negativt på en sang og da valgte vi en annen. Å kommunisere gjennom noe gjenkjennelig som sang gjorde at vi alle, både pasienter og personale, var på samme nivå og i det øyeblikk opplevde vi en sterk følelse av felleskap med pasientene. Musikk kan være et eksempel på

personsentrert demensomsorg. Vi vektlegger et sosialt miljø ved å synge i felleskap med pasienten eller et miljø hvor vi har en individuell tilnærming til pasienten. Vi verdsetter det enkelte mennesket og møter det med respekt og verdighet for å ivareta deres minner og interesser. Ved musikk får personen med demens ivaretatt deres personverd, som Kitwood omtaler, selv om de er utsatt for demens (Brooker, 2013, s. 12).

Vi møtte en pasient som hadde behov for bistand til å ivareta egne behov. Pasienten hadde en alvorlig grad av demens og hadde tvangsvedtak for å ivareta personlig hygiene. Pasienten hadde mistet språket, og uttrykte kun noen uforståelige lyder. Pasientens evne til å forstå og oppfatte det vi sa var svært redusert, og var ikke i stand til å skjønne hva som foregikk. Grunnet dette kunne pasienten reagere med uro og utfordrende atferd. Det var utfordrende å få pasienten opp om morgenen, og han lå ofte lenge om morgenen. Vi benyttet oss daglig av musikk som et miljøtiltak. Vi satte på musikk som pasienten hadde hørt mye på i fortiden og åpner gardiner for å slippe inn lys. Vi gikk inn til pasienten en halvtime senere, hvor han som oftest var klar for å stå opp, var blid og smilte til oss. Vi hjalp da pasienten opp av sengen, og han nynnet de kjente sangene med oss. Vi brukte også sang og musikk i stellesituasjon for denne pasienten. Da kunne vi også bruke sang for ikke bare å avlede, men også gjøre situasjonen til noe positivt. En sykepleier beskrev en stellesituasjon hvor sang ble brukt for å avlede og gjøre situasjonen mer positiv og hindrer at pasienten blir urolig og frustrert (Tuckett, et al., 2015, s. 152).

Studien om hva pårørende og personalet hadde å si om musikkterapi på en skjermet demensavdeling, har likheter med vår erfaring om den positive effekten (Tuckett et al., 2015, s. 146-157). En ansatt på en av institusjonene i studien sa “And it just lights, it just lights, their faces just lights up” (2015, s. 150). De forteller også om pasienter, som for eksempel gråter mye eller er mye urolige og er vanskelige å få kontakt med, slutter å gråte. Selv om de ikke virker å være til stede, så kan de bevege en fot til rytmen av musikken (Tuckett et al., 2015, s. 150). Samtidig erkjenner de det å fremkalle minner som en ytterst sterk og sentral terapeutisk kraft. En ansatt på en av institusjonene i studien sa “...It jogs their memories, it brings back beautiful memories, and I think it`s amazing for them” (2015, s. 151). Dette mener vi stemmer overens med Orlandos teori om å identifisere behovene til pasienten her og nå, reagere på egne følelser dette skaper og kartlegge pasientens reaksjon på aktiviteten (2012, s. 54). Travelbees (2001) teori om menneske-til-menneske-forholdet mener vi også er veldig aktuell her. I situasjoner hvor musikk blir brukt som nevnt ovenfor, føler vi det er lite

fokus på “pasient” og “sykepleier”. Fokuset blir i stedet felleskap, trygghet og kontakt mellom mennesker (s. 62-63).

5. Konklusjon

Vi har i denne oppgaven forsøkt å finne svar på om hvordan miljøbehandling kan redusere bruk av tvang, hos pasienter med demens med utfordrende atferd i sykehjem. Miljøbehandling har en positiv effekt på utfordrende atferd hos pasienter med demens, og vi har hatt fokus på bruk av musikk som miljøbehandlingstiltak. Fokuset på sansestimulering og mestring i miljøbehandling gir økt livskvalitet og minsker forekomsten av utfordrende atferd hos pasienten, som reduserer bruk av tvang i norske sykehjem. Miljøbehandling bidrar til at sykepleier kan tilpasse tiltak til den individuelle pasienten. Dette vil føre til at pasienten får ivare tatt sin integritet, respekt og verdighet og blir sett som det mennesket det er bak demenssykdommen. Vi har oppnådd hensikten med oppgaven, som var å øke kunnskap og forståelsen om demens, miljøbehandling og bruk av tvang. I denne litteraturstudien har vi erfart at faglitteratur, forskning og bruk av egne erfaringer som metode har gjort at vi har funnet svar på vår problemstilling. Vi ser at egne erfaringer har likheter med resultater fra forskning og faglitteratur som viser til en felles forståelse av miljøbehandlingens sentrale rolle i arbeidet med å forebygge bruk av tvang i demensomsorgen. Forskning viser at mangelen på ressurser i norske sykehjem er en av årsakene til at bruk av tvang er utbredt, og mangel på sykepleiere og kunnskap fører til mindre arbeid med miljøbehandling. Andelen personer med demens vil øke i fremtiden, noe som understreker at det er viktig for demensomsorgen å ha et fokus på miljøbehandling som gir økt livskvalitet.

Litteraturliste

Berentsen, V. D. (2008). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (1. utg, s. 350-382). Gyldendal Akademisk

*Brooker, D. (2007). *Person-centred dementia care: making services better*. London: University of Bradford

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskrivning* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

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

*Engedal, K. (2003). Demens og demenssykdommer. I K. Engedal & T. B. Wyller (Red.), *Aldring og hjernesykdommer* (1. utg. 125-148). Oslo: Akribe

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier* (3. utg.). Stockholm: Natur & kultur.

*Garden, M-H. & Hauge, S. (2012). Kampen for pasientens beste – sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens. *Nordic Journal of Nursing Research* 32(4), 18-22. <http://doi.org/10.1177/010740831203200405>

Helse og omsorgsdepartementet. (2006). *Mestring, muligheter og mening: Framtidens omsorgsutfordringer*. (St.meld. nr. 25, 2005-2006). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/16e39820de5c485da382fd99165afaf7/no/pdfs/stm200520060025000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (a2015). *Folkehelsemeldingen – mestring og muligheter*. (St.meld. nr. 19, 2014-2015). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (b2015). *Demensplan 2020: Et demensvennlig samfunn.*

Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan2020.pdf>

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. (2017). Hentet fra <https://lovdata.no/>

*Holthe, T. (2016). Betydningen av et tilrettelagt fysisk miljø. I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka: Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (s. 311-324). Tønsberg: Forlaget aldring og helse

Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kirkevold, M. (2008). Den gamles integritet. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (1. utg, s. 91-97). Gyldendal Akademisk

*Kirkevold, Ø & Engedal. (2004). Prevalence of patients subjected to constraint in Norwegian nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18 (3), 281-286. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00278.x>

*Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens: personen kommer i første række.* København: Munksgaard

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (2011). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E-A. Skaug (Red). *Grunnleggende sykepleie: Bind 1. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2.utg, s. 15-28). Oslo: Gyldendal Akademisk

*Norsk sykepleieforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*, 2016. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (2015). Hentet fra <https://lovdata.no/>

Ranhoff, A. H., & Børdahl, B. (2008). I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (1. utg, s. 157-165). Gyldendal Akademisk

*Ridder, H.-M., Stige, B., Qvale, L. G., Gold, C. (2013). Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 17:6, 667-678. <http://dx.doi.org./10.1080/13607863.2013.790926>.

*Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er!: Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget

Rokstad, A. M. M & Smebye, K. L. (Red). (2008). *Personer med demens: Møte og samhandling*. Oslo: Akribe

Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk* (6. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken: Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk

*Solvoll, B-A. & Granum, V. (2016). *Autonomi i sykehjem for pasienter med demens*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2016/09/tilretteleggelse-av-autonomi-i-sykehjem-pasienter-med-demens-en-14.05.17>

*Thorsen, M. & Kirkevold, M. (2016). Sanseshage som miljøbehandling for personer med demens. . I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka: Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (s. 367-375). Tønsberg: Forlaget aldring og helse

*Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelig forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk

*Tuckett, A. G., Hodginson, B., Rouillon, L., Balil-Lozoya, T., Parker, Deborah. (2015). What carers and family sad about music therapy on bahviours of older people with dementia in residential aged care. *International Journal of Older People Nursing*, 10(2), 146-157. <http://dx.doi.org/10.1111/opn.12071>

World Health Organization. (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*. Hentet fra:

<http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>

*Selvvalgt litteratur