

# BACHELOROPPGÅVE

## God omsorg til den aldersdemente

Korleis kan sjukepleiaren kommunisere for å minske tvang i samhandling med pasientar med demens?

Av

Henriette Eidhamar Nokken

Kandidatnummer: 51

## Good care for the aged patient with dementia

Bachelor i sjukepleie

SK 152

Mai 2015

Antall ord: 7028

Rettleiar: Mona Hamnes Christensen

**Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)**

Eg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva «God omsorg til den aldersdemente» i Brage dersom karakteren A eller B er oppnådd.

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar. Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve.

Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og namn og set kryss:

Kandidatnummer: 51

Henriette Eidhamar Nokken

JA X            NEI\_\_

## Samandrag

I denne oppgåva har eg nytta meg av litteraturstudie som metode. Temaet for oppgåva er *God omsorg til den aldersdemente*. Grunnen til at eg har valt dette temaet er fordi eg sjølv har sett og opplevd at det er lett å trakke over grensa for bruk av tvang ovanfor demente. Eg opplever det vanskeleg og fagleg utfordrande å stå i ein situasjon der grensa ovanfor kva som er greitt og ikkje greitt er uklår. Eg vil med denne oppgåva setje meg inn i korleis ein kan løyse samhandlinga på ein god måte for å unngå bruk av tvang. Problemstillinga mi er *korleis kan sjukepleiaren kommunisere for å minske tvang i samhandling med pasientar med demens?*

Det er vanskeleg å svare på når det er greitt med tvang eller ikkje, fordi ein alltid skal handle etter det som er best for pasienten. Tvang vert ofte bortforklart med at det vert gjort som eit naudsynt gode for pasienten. Eg har gjennom oppgåva konkludert med at god kommunikasjon med den demensramma pasienten kan forhindre bruk av tvang. For å skape god kommunikasjon med pasienten er god bakgrunnskunnskap om pasienten viktig. Musikk og song er kommunikasjonsmetoden eg valde å setje meg inn i. Utagerande åtferd kan føre til utøving av tvang, sidan samhandlinga vert vanskeleg dersom ein møter motstand hos pasienten. Det viste seg at musisk kommunikasjon kan minske utagerande åtferd. Konklusjonen vert dermed at musikk og song kan vere ein metode for å unngå unødig bruk av tvang.

## Innholdsfortegnelse

1	Innleiing .....	1
1.1	Grunn for val av oppgåve .....	1
1.2	Problemstilling.....	1
1.3	Avgrensing .....	1
1.4	Disposisjon.....	2
2	Metode .....	3
2.1	Databasar og artikkelsøk .....	3
2.2	Presentasjon av litteratur og val av kilder .....	4
3	Teori.....	6
3.1	Demens.....	6
3.1.1	Kognitiv svikt.....	6
3.2	Tvang ovanfor demente .....	7
3.3	Lover og retningslinjer.....	7
3.4	Kommunikasjon og relasjon .....	8
3.4.1	Joyce Travelbee .....	9
3.4.2	Musisk kommunikasjon .....	9
3.4.3	Bakgrunnshistorie og identitet .....	10
3.4.4	Forståing av utfordrande åtferd .....	11
4	Drøfting.....	12
4.1	Case .....	12
4.2	Bakgrunnshistorie.....	12
4.3	Kommunikasjon.....	13
4.3.1	Kommunikasjon med den demente .....	14
4.3.2	Musisk kommunikasjon .....	15
4.4	Etikk og tvang .....	16
5	Konklusjon .....	18
6	Litteraturliste.....	19



# 1 Innleiing

Dei siste ti åra har bruk av tvang ovanfor personar med demens fått aukande merksemd i Norge. Tvang eller press er vanleg på Norske sjukeheimar, spesielt i forbindelse med stell og pleie (Hem, Gjerberg, Pedersen, Førde, 2010, s. 295). Eg har valt å fokusere på bruk av tvang ovanfor pasientar med demens som bur på sjukeheim fordi eg både i praksisperiodar og i arbeidslivet har sett at bruk av tvang ovanfor demente vert gjort både med og utan tvangsvedtak, til tross for tydelege lover kring dette. Eg ynskjer med denne oppgåva å belyse kor viktig det er å ha god kommunikasjon med den demente pasienten, då det kan forhindre bruk av tvang i situasjonar ein kan oppleve å møte motstand. Ved bruk av riktige teknikkar og god kunnskap kring demens kan ein førebygge utøving av tvang. Eg meiner at dette er viktig i dagens omsorgsarbeid, spesielt sidan lite og ufaglært bemanning kan gjere det vanskeleg.

## 1.1 Grunn for val av oppgåve

Grunnen til at eg har valt dette temaet er at eg sjølv har sett og opplevd at det er lett å trakke over grensa for bruk av tvang. Eg har difor litt erfaring med dette. Eg har møtt personar med demens både på demensavdelinga eg jobbar på og undervegs i praksisperiodar i løpet av studiet. Eg opplever det vanskeleg og fagleg utfordrande å stå i ein situasjon der grensa ovanfor kva som er greit og ikkje greit er uklår. Eg vil difor setje meg inn i korleis ein kan løyse samhandlinga på ein god måte for å unngå bruk av tvang. Eg håpar at eg ved å skrive denne oppgåva kan eg inspirere andre til å ta i bruk andre metodar enn tvang.

## 1.2 Problemstilling

*Korleis kan sjukepleiaren kommunisere for å minske tvang i samhandling med pasientar med demens?*

## 1.3 Avgrensing

Eg vel å ikkje gå inn på ein spesiell type demens og fokuserer heller på eldre personar over 70 år med diagnosen demens. Eg tek utgangspunkt i sjukeheim ettersom det er der det nyttast mest tvang ovanfor demente. Hovudfokuset mitt blir ulike typar kommunikasjon, og innanfor dette fokuserer eg ein del på musisk kommunikasjon og god bakgrunnskunnskap om pasienten. Eg vil sjå på korleis dette påverkar samhandlinga mellom pleiar og pasient, kva det kan gjere for demente pasientar og om dette kan føre til mindre bruk av tvang i stellsituasjonar. Årsaka til at eg har valt dette som hovudfokus er fordi eg sjølv har sett i praksis at god kommunikasjon og god bakgrunnskunnskap er svært viktig for eit godt samarbeid mellom pasient og pleiar. Eg har valt å sjå det i lys av musisk kommunikasjon grunna at eg har brukt dette sjølv i samband med stell og andre situasjonar. Når eg

har brukt musikk, har eg erfaring med å få til gode opplevingar med pasientane og fått inntrykk av at dei og har hatt stor glede av dette. For å hjelpe meg sjølv i oppgåva, har eg valt å ta i bruk ein case. Eg sensurerer ikkje namn i oppgåva ettersom casen er oppdikta og eg brukar henne istadenfor han gjennom heile oppgåva ettersom personen i casen er ei kvinne.

## **1.4 Disposisjon**

Først i oppgåva presenterer eg kvifor eg har valt demens og kommunikasjonsmetodar som tema. Deretter, i teoridelen av oppgåva vil eg skrive litt om kva demens er, korleis ein kan skape god kommunikasjon med demente og korleis musikk og gode relasjonar har innverknad på personar med demens. Eg vil også finne grunnlag for kvifor det vert brukt tvang og kva sjukepleierare sine haldningar rundt bruk av tvang er. Eg vil og sjå det i lys av etikk og relevante lover for temaet. Undervegs i drøftinga vil eg presentere ein case. Eg skal argumentere opp og i mot rundt problemstillinga mi ved hjelp av teorien eg har funne. Ettersom eg har ein del yrkeserfaring med demente, vil eg i drøftinga mi ta i bruk eigne opplevingar som kan støtte opp under korleis musikk, song og god bakgrunnskunnskap kan nyttast for å unngå bruk av tvang. Til slutt i oppgåva vil eg presentere ein konklusjon for problemstillinga.

## 2 Metode

Metoden fortel oss noko om korleis ein bør gå til verks for å finne eller etterprøve kunnskap og er det verktøyet som vert tatt i bruk når det er noko ein vil undersøkje. Metoden hjelper ein til å samle inn den informasjonen ein treng for å gjere ei undersøking (Dalland, 2007, s. 81).

Eit litteraturstudie kan ha både kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode er å gjere om informasjon til målbare einingar, som vil gje oss moglegheit til å gjere ein rekneoperasjon, i form av å finne gjennomsnitt og prosent av ei større mengde. Kvalitativ metode gjer greie for meningar og opplevingar som ein ikkje kan måle eller talfeste. Desse to metodane er forskjellige, men har likevel eit felles mål om å gje ei betre forståing av samfunnet vi lever i og korleis enkeltmenneske, institusjonar og grupper handlar og samhandlar (Dalland, 2007, s. 82)

I denne oppgåva har eg nytta meg av litteraturstudie som metode. Eg har basert oppgåva mi på litteratur frå pensum, forskingsartiklar og sjølvvalte bøker frå bibliotek og anbefalingar. Eit litteraturstudie inneber å systematisk søkje, kritisk granske og samle litteraturen innom eit valt emne eller problemstilling. Den har som mål å stadfeste konklusjonar frå tidligare utførte empiriske studiar. Eit systematisk litteraturstudie bør fokusere på aktuell forskning innanfor det temaet som er valt og tek sikte på å finne eit grunnlag for klinisk praksis. (Forsberg & Wengström, 2013, s. 30). Svakheiter ved å bruke denne metoden er at ein ikkje får forska sjølv, men bruker andre sine meningar og funn. Fordel er at ein får fleire forskjellige synspunkt.

### 2.1 Databasar og artikkelsøk

Eg starta med å finne relevante søkeord for artikkelsøka mine. Eg valte å bruke ord på norsk som: demens, tvang, sjukeheim, musikk, agitasjon, relasjonar og stell. Eg brukte MESH-thermer i Svemed+ til å finne gode engelske søkeord; dementia, coercion, nursing homes, music therapy, agitation, nurse patient relations og nursing care. Søkjestrategi vert lagt ved som vedlegg 1 i form av ein tabell.

Eg har brukt databasar som Svemed+, Brage, Academic search premier, CINAHL og Google. På alle mine søk har eg valt å avgrense frå 2010 til dags dato, for å få den nyaste forskinga.

Artiklane vart valt ut på bakgrunn av tema, gjennomlesing av abstract og etter kriterier som eg hadde bestemt meg for på førehand. Grunnen til at eg har valt vekk andre artiklar enn dei eg beskriv seinare i oppgåva er fordi det har vist seg å ikkje vere relevant for mi oppgåve eller fordi artiklane ikkje inneheldt det som vil beskrive eit godt studie. For å finne ut om artiklane var gode nok har eg brukt sjekklister frå kunnskapssenteret.no og forhøyr meg med rettleiar.



## 2.2 Presentasjon av litteratur og val av kilder

Eg har funne fire forskingsartiklar som var relevant for mi oppgåve og problemstillinga.

På Svemed+ brukte eg kombinasjon av orda demens og tvang, som gav 7 treff. Her fann eg ein forskningsartikkel som eg valte å bruke: **Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivilligheit og tvang**. Dette er ein kvalitativ studie gjort i Norge, skrive av Marit Helene Hem, Elisabeth Gjerberg, Reidar Pedersen, Reidun Førde i 2010. Studien er også omsett til engelsk; «How to avoid and prevent coercion in nursing homes». Den fokuserer på grenselandet mellom frivilligheit og tvang i omsorg og pleie til personer med demens i sjukeheim og beskriv typiske samhandlingssituasjonar der personer med demens motset seg hjelp. Eg valte denne artikkelen fordi den handlar om utøving av tvang ovanfor pasientar med demens og dermed er relevant for mi problemstilling.

Den andre artikkelen eg har valt å bruke heiter **The battle for beneficence – Nurses' experience of the use of coercion in dementia care** og er skrive av May Hilde Garden og Solveig Hauge i 2012. Artikkelen vart søkt opp via CINAHL, med søkeorda Dementia AND nursing care AND coercion, og hadde både engelsk og norsk overskrift. For å få innsikt i sjukepleiaranes subjektive oppleving av å nytte tvang vart det brukt eit kvalitativt livsverden- design. Det beskriv korleis eit kvardagsfenomen er av menneska som opplever det. Artikkelen hadde som hensikt å utforske korleis sjukepleiarar opplever bruk av tvang i kvardagslige situasjonar mot personar med demens. Eg valte å ta med denne artikkelen fordi den handlar om bruk av tvang og sjukepleierar si oppleving av dette, og dermed vert relevant for mi oppgåve.

Ein annan artikkel eg har valt heiter **The impact of caregivers' singing on expressions of emotion and resistance during morning care situations in persons with dementia: an intervention in dementia care** og er skrive av Lena M Hammar, Azita Emami, Eva Götell og Gabriella Engström i 2010. Artikkelen vart søkt opp via Academic Search premier med søkeorda dementia AND nurse patient relations AND nursing homes. Artikkelen hadde til hensikt å sjå om det var forskjell på stellsituasjonar med og utan musikk, spesielt med tanke på om pasientane motsette seg stell og kva kjensler det vekke hos pasientane. Artikkelen viste funn som redusert utagerande åtferd og meir glede ved bruk av musikk. Eg valte å ta med denne artikkelen fordi den handlar om korleis musikk påverkar demente i stellsituasjonar og er dermed svært relevant for mi oppgåve.

Den siste litteraturstudien eg valte å ta med var; **Individualisert musikk for personer med demens** skrive av Line Kildal Bragstad og Marit Kirkevold i 2010. Eg fann denne artikkelen ved å søke via Google på systematiske artikler om demens. Den tek for seg individualisert musikk som ei symptomlindrande miljøbehandling. Det vart brukt 11 empiriske studiar i litteraturgjennomgangen

som viste at musikk vart brukt på ulike måtar, til forskjellige tider, på ulike stadar, med varierende varigheit og av forskjellige fagpersonar. Alle studiane viste at intervensjonen reduserer den utfordrande åtferda. Artikkelen vart tatt med grunna relevans for oppgåva.

Anna litteratur eg har valt å ta i bruk er bøker retta inn mot demens; Hjertet mitt har ikkje demens av Audun Myskja, Personer med demens – møte og samhandling av Anne Marie Mork Rokstad, Den gode relasjonen av Laila Granli Aamodt og Demens – kommunikasjon og samarbeid av Kirsten Sejerøe-Szatkowski. Desse bøkene fann eg sjølv og ved anbefaling av lærer. Sjølvvalt litteratur vert merka med \* i litteraturlista. Eg har også nytta Metode og oppgåveskriving av Olav Dalland. Utanom sjølvvalgt litteratur har eg valt å ta i bruk litteratur frå pensum som er relevant for oppgåva.

## 3 Teori

### 3.1 Demens

Engedal og Haugen (2004, s. 20) beskriver demens hos eldre menneske slik:

En ervervet hjerneorganisk sjukdom hos ein eldre person. Sjukdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret atferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikkje kureres og forverrer seg ofte over tid. (Berentsen, 2008, s. 354).

Demens kan delast inn i mild grad, moderat grad og alvorlig grad. Mild grad blir karakterisert som ein svekking som påverkar evna til å klare seg i dagleglivet, moderat grad blir karakterisert som at ein ikkje klarer seg utan hjelp frå andre og alvorlig grad blir karakterisert som at ein treng kontinuerlig hjelp i form av tilsyn og pleie (Berentsen, 2008, s. 355). Når man har demens oppstår det ei endring i hjernen i områdene hippocampus, thalamus, tinningslappane og områdene rundt tredje hjerneventrikkel. Desse områdene er viktige for informasjonsbearbeiding og læring. Ut i frå kva for delar av hjernen som er skadd, oppstår det ulike symptom som endrar det kognitive, psykiske, åtferdsmessige eller motoriske evner hos ein person (Berentsen, 2008, s. 356).

#### 3.1.1 Kognitiv svikt

Ved endringar på åtferdsmessige og psykiske symptom kan det oppstå symptom som irritabel og aggressiv åtferd og forsvarsaggressivitet. Ved irritabel og aggressiv åtferd skyldast det at skaden i hjerne gjer at pasienten manglar evna til kritisk sans og til impuls kontroll. Pasienten kan oppstå voldeleg dersom dette har vore ein del av eit tidligare åtferdsmønster, eller det kan oppstå på grunn av demensutviklinga. Ved forsvarsaggressivitet kan det oppstå angst som kan føre til at pasienten verkar aggressiv. Dette kan oppstå i situasjonar pasienten opplever som uoversiktlige eller vanskelege. Det er ikkje unormalt at pasienten vert irritert, angstprega eller aggressiv når det oppstår mistydingar i kommunikasjon mellom pleier og pasient. Andre ting som kan gje angstreaksjonar er problem i samhandling, manglande innsikt, personlegdomsendringar, manglande meistring og somatisk sjukdom (Berentsen, 2008, s. 362).

## 3.2 Tvang ovanfor demente

«Etter 2009 ble bruk av tvang i helsetenesta regulert: helsehjelp kan gis til pasientar som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg nødvendig helsehjelp når det er fattet lovlig vedtak» (Hem et al., s. 295).

I demensomsorga vert bruk av tvang stort sett alltid grunna med at det er til pasienten sitt beste. Dei aller fleste menneske som vert utsett for tvang vil oppleve dette som krenking av sin personlege integritet. Det er ingen grunn til å tru at eit menneske med redusert samtykkekompetanse opplever tvang som mindre integritetskrenkjande. I verste fall kan det vere slik at dei opplever krenkinga sterkare enn andre, fordi dei ikkje forstår kva som skjer (Johnsen & Smebye, 2008, s. 219).

I artikkelen; **pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang** kjem det fram at tvang ofte provoserte fram aggressiv åtferd og at sjukepleiarane opplevde hårfine grenser mellom tvang og fridom(Hem et al., 2010, s. 300). Det kom fram i studien at pleiarane ofte står i situasjonar der pasientens motstand ikkje verkar «rasjonell», og at det å hjelpe kan følast tvingande naudsynt fordi pasienten kanskje er fornøgd nokre minutt seinare fordi dei har fått hjelp (Hem et al., 2010, s. 295).

I artikkelen **The battle for beneficence – Nurses' experience of the use og coercion in dementia care** kjem sjukepleiarar sine opplevingar av tvang til uttrykk. Eit av funna frå studien er at utøving av tvang vanlegvis oppstod i situasjonar der sjukepleiarane forsøkte å gjennomføre noko som dei såg på som eit naudsynt gode for pasienten, for eksempel å få stelt seg. Det kom også fram at dei opplevde å ikkje nå inn eller forstå pasienten, og til tross for forsøk på informasjon og andre tiltak, aksepterte ikkje pasienten situasjonen og det vart nytta tvang(Garden og Hauge, 2012, s. 19).

## 3.3 Lover og retningslinjer

Pasient og brukerrettighetsloven § 3-1 handlar om at pasienten har rett til å medverke ved gjennomføring av helse- og omsorgstenester. Medverknadens form skal tilpassast den enkelte si evne til å gje og ta i mot informasjon (Pasient og brukerrettighetsloven [pasrl], 2015).

Autonomiprinsippet er plikta til å respektere autonome personar si avgjerd. (Nortvedt, 2012, s. 133). Autonomiprinsippet vil seie at dersom brukaren er kompetent til å ta eigne val då skal bestemme over eiga behandling og pleie og samtidig ha retten til å nekte slik hjelp (Nortvedt, 2012, ss. 97-98).

Pasientar med demens kan ha samtykkekompetanse i nokre situasjonar, medan i andre ikkje. I pasient og brukerrettighetsloven § 4 står det at helsehjelp berre kan gjevast med pasientens samtykke, med mindre det føreligg lovheimel eller eit anna gyldig rettsgrunnlag for å gje helsehjelp

utan samtykke. § 4-3 omhandlar at samtykkekompetanse kan falle heilt eller delvis vekk dersom pasienten av mellom anna senil demens ikkje er i stand til å forstå samtykket. Det er den som gjev helsehjelp som avgjer om pasienten manglar kompetanse til å samtykke, men skal ut i frå alder, psykiske tilstand, modnad og erfaringsbakgrunn legge forholda best mogeleg til rette for at pasienten sjølv kan samtykke til helsehjelp, jf. §3-5(Pasrl , 2015). I § 4A-3 står det at før ein kan gje helsehjelp som pasienten motset seg, skal tillitsskapande tiltak verte forsøkt.

Det finnes òg yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar som ein skal følgje. Grunnlaget for all sjukepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og ibuande verdigheit. Sjukepleie skal bygge på barmhjertigheit, omsorg og respekt for menneskerettigheitane og være kunnskapsbasert. Der står også at; Sjukepleiaren skal ved å gje tilstrekkeleg, tilpassa informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått for å fremme pasientens moglegheit til å ta sjølvstendige avgjersler. Sjukepleiaren beskyttar pasienten mot krenkjande handlingar som ulovlig og unødvendig rettighetsavgrensing og tvang (Norsk sykepleierforbund, 2014).

Demensplanen 2015 er ein delplan til Omsorgsplanen 2015. Den seier at det skal verte eit kompetanseløft i form av kompetanse- og rekrutteringsplan for omsorgstenesta (Helse og omsorgsdepartementet, 2015, s. 13). Målsettinga er å sikre økt kunnskap og kompetanse. Det er sett opp ein fireårsplan som inneber; kapasitetsvekst og kompetanseheving. Det er fleire lovnader, blant anna tilrettelagte bustader for demensramma, auka kapasitet av miljøtiltak og betre dagtilbod (Helse og omsorgsdepartementet, 2015, s 7-11).

### 3.4 Kommunikasjon og relasjon

Kommunikasjon kjem frå det latinske verbet *communicare* som betyr *å gjere felles*. Det er eit grunnleggjande behov for oss menneske å kunne delta i gjensidig kommunikasjon (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 41). Ein kan dele kommunikasjon i to deler; verbal og non-verbal kommunikasjon. Verbal kommunikasjon er det ein seier og uttrykkjer seg med språk messig. Non-verbal kommunikasjon vil seie alt vi formidlar for eksempel gjennom kroppshaldning, blikk, stemmeleie, gestar og avstand (Henriksen, 2008, s. 91). Non-verbal kommunikasjon fortel gjerne meir enn verbal kommunikasjon, ettersom det verbale formast ut i frå korleis ein opptrer kroppsleg. Det ein har å seie vil kunne dempast, styrkast, kompletterast, avkreftast eller motseiast avhengig av våre ansiktsuttrykk, tonefall og stemmebruk (Hummelvoll, 2012, s. 425).

Martin Buber er ein filosof som fokuserer på eg-du. Han seier at eg blir til ved *du*-et, idet eg blir til *eg*, seier *eg du*. Sjølv om du kan være et *det* for andre, er du et *du* for meg. Utan et *du* eksisterer ikkje et *eg*. Vi høyrer saman, og saman skapar vi det mellommenneskelege møtet. Buber vektlegg at det må

vere ekthet i forhold, og at det handlar om å meddele seg som den ein er til kvarandre. Der det ikkje er ekthet, er det heller ikkje ekte menneskelegheit (Aamodt, 2014, ss. 30-31).

Respekt, forståing, innleving, tillit og omsorg er omgrep som kjenneteiknar kvaliteten på ei teneste som er relasjonsbasert. Utfordringa er å skape ein relasjon som gjev rom for at pleiar og pasient samarbeider om behandlings- og/eller hjelpeprosessen fram mot det som er mål for hjelpa (Aamodt, 2014, s. 19).

Relasjonen mellom menneske er eit gjensidig og interaktivt forhold der begge partar påverkar kvarandre (Aamodt, 2014, s. 36). Relasjonskompetanse er å forstå og å samhandle på ein god og hensiktsmessig måte med menneske som ein møter på arbeid. Definisjonen av ein relasjonskompetent fagperson er å kunne kommunisere på ein måte som gjev mening, ivaretek den overordna hensikta med samhandlinga og som ikkje krenkjar den andre parten (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 10).

### **3.4.1 Joyce Travelbee**

Joyce Travelbees teori tek utgangspunkt i omgrep som mennesket som individ, liding, mening, menneske-til-menneske-forhold og kommunikasjon. Ho hevdar at for å kunne forstå kva sjukepleie er og bør vere, må ein kunne forstå kva som føregår mellom sjukepleiar og pasient. Ein bør kunne sjå korleis denne interaksjonen kan opplevast og kva for konsekvensar denne interaksjonen kan ha for pasienten og hennar tilstand (Kirkevold, 1998, ss. 113-114). Travelbee meiner at kommunikasjon er det viktigaste verktøyet sjukepleiaren har og at det er ein formålsstyrt prosess som gjer sjukepleiaren i stand til å etablere eit menneske-til-menneske-forhold til det sjuke individet for å oppfylle sjukepleiarens hensikt (Kirkevold, 1998, ss. 118-119). Ho beskriv det å bli kjent med pasienten som like naudsynt og gyldig som å utføre prosedyrar og å yte fysisk pleie.

### **3.4.2 Musisk kommunikasjon**

Ein kan bruke musikk når ein ikkje når inn til menneske. Musikkterapeutar fortel at ein omarbeider sorg og traumer frå fortida med musikk og at det lindrar kjenslemessige smerter, minskar kjensla av einsemd og angst i kvardagen, og at det gjev meir livsenergi og spontan glede (Szatkowski, 2004, s. 68).

I artikkelen til Hammar, Emami, Götell og Engström var målet å sjå om det var forskjell på stellsituasjonar med og utan musikk. Studien viste funn som at det vart lettare å utføre stell for pasientar med demens når ein brukte musikk i stellsituasjonane, då dei viste meir glede over situasjonen og utagerte mindre enn utan musikk. Resultat vert beskrive meir seinare i oppgåva. Studien viste også andre positive sider ved å bruke musikk som at pasientane uttrykte positive

kjensler, glede og var generelt meir årvakne, og at det var mindre sinne, frykt og tristheit hos pasientane ved musisk kommunikasjon (Hammar et al., 2010, s. 972). Til tross for positive funn konkluderer forfatterane at det er naudsynt med meir forskning innanfor temaet for å stadefeste at musikk ved stell har positiv effekt (Hammar et al., 2010, s. 976).

I litteraturstudien til Bragstad og Kirkevold undersøker dei effekten av individualisert musikk for personer med demens. Det finnes per i dag ingen behandling for demens som gjer ein frisk. Det norske helsevesenet nytta i aukande grad symptomlindrande miljøbehandling. Ein av desse miljøbehandlingane er individualisert musikk, som kan utføres av pleierar utan musikkterapeutisk utdanning (Bragstad & Kirkevold, 2010, s. 110). Individualisert musikk dreier seg i hovudsak om å velje musikk som pasienten har eit forhold til og likar (Bragstad & Kirkevold, 2010, s. 113).

Studien viser til fleire studiar som konkluderer med at musikk endrar pasientens fokus, vekker minner som pasientane assosierer til positive kjensler, gjev lindrande effekt og kan hindre eller redusere agitert åtferd. Musikk leiær merksemda mot stimulus som personar med demens kan tolke og vekker i frå stimuli som oppfattast som ubehagelege (Bragstad & Kirkevold, 2010, s. 116).

### **3.4.3 Bakgrunnshistorie og identitet**

Det er viktig at sjukepleiaren kjenner den eldre pasienten som både sjuk og eit menneske. Når eldre vert lagt inn på demens avdeling vert det ein langtidsrelasjon mellom pleiar og pasient. Pasienten vert då avhengig av at pleiaren bidreg til å verne om og opprettehalde pasientens identitet og sjølvrespekt. For å kunne gjere dette kan det vere hjelpeleg med eit livshistoriedokument, der ein kan skrive ned nøkkelinformasjon om pasienten, oppbevare fotografiar eller andre personlege dokument som fortel noko om kven pasienten er, kva vanar pasienten har og korleis liv ho har levd (Brodtkorb & Kirkevold, 2008, ss. 121-122).

Reminisens betyr å hugse og minnast. Personar med demens veit ikkje alltid kvar dei er eller kvar dei skal, noko som kan skape kaos. Når dei får hjelp til å huske bakgrunnshistoria si, følast notida tryggare og sikrare. Det er sjølv sagt ein føresetnad at ein kjenner til livshistoria og nettverket til pasienten for at ein skal kunne kommunisere med pasienten om fortida og på den måten bruke reminisens (Szatkowski, 2004, s. 53).

Å ivareta eit menneske sin personlege integritet vil seie å respektere og anerkjenne kvar enkelt som ein unik person med kvar sin eigen identitet og sjølvforståing (Kirkevold, 2008, s. 94). For at ein pasient skal kunne oppleve at sin personlege integritet vert ivareteken, er respekt for mennesket sitt sjølvråde, innanfor dei rammer og kapasitet som den enkelte har, svært grunnleggjande (Levine, 1990, gjengitt av Kirkevold, 2008, s. 94).

#### **3.4.4 Forståing av utfordrande åtferd**

Åtferd er ein reaksjon på indre og ytre stimuli. Utfordrande åtferd kan vere pasientens måte å kommunisere om ein lite tilfredstillande livssituasjon. Skal ein kunne forstå dei ulike åtferdene til pasientane, er ein nøydt til å kunne setje seg inn i pasientens opplevingsperspektiv gjennom ein empatisk tilnærming, vurdere den situasjonen pasienten oppheld seg i og den relasjonen vedkommande har til menneska rundt seg. Som pleiar er det viktig at ein kan vurdere si eiga rolle opp mot dei åtferdsmessige reaksjonane pasienten viser og endre sin veremåte etter dei signala som kjem til uttrykk (Rokstad, 2008, s. 183).



## 4 Drøfting

*Korleis kan sjukepleiaren kommunisere for å minske tvang i samhandling med pasientar med demens?*

### 4.1 Case

*Kari Hansen er ei 85 år gammal enke som har budd åleine. Einaste slektning er sonen, som bur langt vekk.*

*Kari song tidligare i kor i mange år, der ho treivst svært godt. For tre veker sidan kom Kari inn på ei lukka demensavdeling etter at son hennar såg tydelege endringar i hennar personlege hygiene og korleis huset såg ut etter at han var der på påskeferie. Kari har no fått påvist demens og har fått langtidsplass på avdelinga. Ho var ikkje særleg glad for å hamne på sjukeheimen ettersom ho alltid hadde sett på det som eit nederlag å hamne der.*

*Når pleiarane går inn til Kari om morgonen, stengjer ho døra til før dei får gå inn. Når pleiarane går inn på badet og spør om dei skal hjelpe ho, nærmast fresar til dei og seier «gå ut, eg klarer dette fint sjølv! Vil de at eg skal sjå dykk naken og vaske dykk kanskje?». Det er ein vanskeleg situasjon for pleiarane då dei ikkje får hjelpt Kari med stell og dusj sjølv om dei ser at ho har behov for det. Dei er også redde for at Kari skal skli på eit glatt badegolv dersom ho bestemmer seg for å dusje åleine.*

### 4.2 Bakgrunnshistorie

Det er ei utfordring for sjukepleiarar og anna personell å samhandle når pasienten har kognitiv svikt. Kari er ny på sjukeheimen, noko som gjer at pleiarane ikkje har kunnskap om kven Kari er. Det gjer det vanskeleg for dei å samhandle med henne, ikkje berre i stellsituasjonar som eg har fokus på, men i dei fleste samhandlingssituasjonar gjennom døgnet.

Joyce Travelbee seier at det å bli kjent med pasienten er like naudsynt og gyldig som å utføre prosedyrar og å yte fysisk pleie. Ho stadfestar at alle menneske er eit eineståande, uerstatteleg individ – eit eingong-eksisterande-vesen i denne verda, lik, men også ulik kvar einaste person som nokon gong har levd og som vil leve (Kirkevold, 1998, s. 114). Eg tykkjer at dette er gode tankar som er viktig å ha i bakhovudet når ein skal jobbe med mange ulike menneske.

For å kunne skape god kommunikasjon med den demente pasienten, er ein nøydt til å vite nok bakgrunnshistorie om kvar enkelt pasient. Dette gjer det lettare å starte samtalar og å bruke reminisens, ettersom ein veit kva kvar enkelt pasient likar å prate om, kva interesser pasienten har og kva ein bør unngå å ta opp med pasienten.

I teoridelen har eg beskrive eit dokument; livshistoriedokument, som handlar om å fortelje kven pasienten er. Pasienten sjølv, pårørande og pleiarar kan fylle inn i dette skjemaet. Eg har sjølv vore borti slike skjema som for eksempel fortel kva interesser ho har, forskjellige familieforhold; gode eller vonde, kvar ho har budd og jobba med tidligare. Dette har for meg vore til god hjelp ettersom det gjer det lettare for meg å starte ein samtale og kjekkare for pasienten når eg har informasjon om kva som interesserar og kva eg ikkje bør ta opp.

Skal ein jobbe med personar med demens er bakgrunnskunnskap og fagleg kompetanse viktig. Dersom ein kjenner til personens tidligare vaner for stell vil dette kunne hjelpe ein i slike situasjonar. Det er ikkje mogleg å snu om ein persons tidligare vanar fordi det passer seg slik for deg. Ein dement pasient som tidligare ikkje har vaska håret meir enn ein gong kvar månad, vil ikkje plutselig begynne å vaske håret kvar veke. Ein person som har ete havregryn til frukost i heile sitt liv begynner heller ikkje å ete skiver, fordi det er det du har laga til. Studien til Hem, Gjerberg, Pedersen og Førde påpeikar at pleiarane kan gjere ein forskjell ved å legge vekt på å bygge relasjonar til pasientane, slik at grenselandet mellom frivilligheit og tvang bevegest i retning av pasientane si delaktighet, kontroll og frivilligheit (Hem et al., 2010, s. 300).

Har ein god nok bakgrunnskunnskap om pasienten og kjenner ein til pasienten si livshistorie kan ein kunne klare å lese ein dement person sitt kroppsspråk (Szatkowski, 2004, ss. 26-27). Det er spesielt viktig at ein klarar å lese forskjellige sinnstemningar, som sinne, glede, angst, smerte og sorg. På denne måten kan ein sjølv reagere overeins med situasjonen og møte mot eller på det stadiet som den demente pasienten er (Szatkowski, 2004, s. 30).

Ein vert også kjent med pasientar over tid. Som sagt tidligare utviklar demenssjukdommen seg. Det er då ein stor fordel å verte kjent med pasienten tidlig i demensstadiet. Ein pasient eg har kjent i fleire år har dei siste åra vorte forverra i tilstanden. Eg hugsar då tilbake til ting pasienten fortalte meg at ho likte og fortsetter med dette, som for eksempel å pakke dyna rundt beina og stryke handa over panna. Ved å ta i bruk denne bakgrunnskunnskapen som eg har med pasienten opplever eg å få gode smil og takksemnd ved kveldsstell, der andre som ikkje var kjent med pasienten kan møte motstand. I slike tilfelle er det veldig viktig at ein informerer nye pleiarar om dette slik at også dei kan bruke denne bakgrunnskunnskapen.

### **4.3 Kommunikasjon**

Demente oppfattar lettare vårt kroppsspråk, noko som gjer at vi må vere ekstra merksame på korleis vi sjølv brukar kroppsspråket vårt (Szatkowski, 2004, s. 27). Difor kan pasientane verte stressa dersom vi stressar. Når vi kommuniserer glede, kan dette smitte over på pasientane. Om ein er

merksam på dette, kan det føre til endring i pasientens sinnstilstand og samhandlinga kan verte lettare.

#### 4.3.1 Kommunikasjon med den demente

Når ein arbeider med demente er det viktig å kunne kommunisere, men også å sjå og forstå kvar og ein av dei sitt kroppsspråk, mimikk, språk og augekontakt. Er det avvikande eller møter pasienten blikket ditt. Ein person som vert ramma av demens mister gradvis evna til å kommunisere og det oppstår endring i bruken av språket og stemmeføringa. Når dette skjer vert det svært viktig at vi som sjukepleiarar klarar å forstå kroppsspråket og mimikken til den demente som ein kommunikasjonsmetode. Det er hjernen som styrer kroppen, også hos demente. Handlingane deira vil difor vere styrt ut i frå det som skjer i pasientens hjerne. Vi kan då ut i frå handlingane vite kvar ein dement pasient oppheld seg kjensle-messig (Szatkowski, 2004, s. 27).

Samtidig som det skjer ei endring i kommunikasjonsevne, språk og stemmeføring, skjer det også ei endring hos den demensramma som påverkar deira måte å oppfatte vår kommunikasjon på. Dei oppfattar lettare vårt kroppsspråk, noko som gjer at vi må vere ekstra merksame på korleis vi sjølv brukar kroppsspråket vårt (Szatkowski, 2004, s. 27). Det er også andre viktige moment å huske på når ein skal kommunisere med demente, som å ha ro rundt pasienten for å unngå at det vert for mange sanseintrykk på ein gong. Det bør for eksempel ikkje vere mange andre menneske til stades då dette kan vere distraherande og stele merksemda til den demensramma (Szatkowski, 2004, s. 34). Det er difor svært lurt av sjukepleiaren å møte Kari aleine på rommet, då to pleiarar kan verke truande ovanfor henne. Ho opprettar ein god kommunikasjon og relasjon med Kari og kan til tross for at Kari gløymer akkurat denne situasjon bruke det til sin fordel seinare.

For å kunne kommunisere med ein person med demens er det optimalt å ha forskjellige metodar som ein kan nytte seg av. Avleiing er ein metode som vil seie å gjere noko som vil flytte merksemda vekk i frå det den er retta mot. Skal dette lykkast hos ein person med demens, er det viktig at ein kjenner den enkelte godt (Szatkowski, 2004, s. 45). God bakgrunnskunnskap om pasienten vert difor viktig og dette kan ein få ved å lese livshistoriedokument, snakke med pasienten og/eller pårørande og å snakke med kollegaer. Ein kan bruke berøring for å gje pasientar med demens tryggleik og nærleik, men ein skal alltid vere obs på at det ikkje er alle menneske som likar å bli tatt på av andre (Szatkowski, 2004, s. 56). For å ta i bruk denne metoden er det viktig å kjenne pasienten og å vite kva kvar og ein likar. Ein brukar humor som uttrykk for leik og glede. Det kan vere ein måte å meistre eit problem på eller å lyse opp ein vanskeleg situasjon (Szatkowski, 2004, s. 67). Men grunnlaget for ein god kommunikasjon er, uavhengig av kven ein snakkar med, å vere konsentrert i situasjonen og samtalen som skjer der og då.

Det kan lett oppstå mistydingar mellom den demente og pleiar, noko som kan føre til utfordrande åtferd hos pasienten. Utfordrande åtferd kan vere pasientens måte å kommunisere om ein lite tilfredstillande livssituasjon og er ein reaksjon på indre og ytre stimuli (Rokstad, 2008, s. 183). Eg tenkjer då at gode relasjonar vert viktig i ein situasjon der ein møter utfordrande åtferd, sidan ein har kjennskap til pasienten og reagerer raskt når den demente opptrer urolig. Ein kan då hjelpe med å roe ned pasienten og unngå situasjonar som aggressiv åtferd.

Ein fagperson må vere i stand til å kunne etablere ein relasjon til pasienten ved å skape kontakt, opprettehalde relasjonen over tid og å avslutte profesjonelle relasjonar på ein god måte. Skal ein arbeide med menneske er det viktig i samhandlinga å ivareta den andre sin legitime interesse (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 10). Når ein jobbar med personar med demens, må ein kunne handle raskt for å snu situasjonar for å ikkje gjere det verre.

#### **4.3.2 Musisk kommunikasjon**

*Ein av sjukepleiarane har observert at Kari lyttar mykje til musikk og syng når ho sit på rommet åleine. Ein morgon tenkjer den eine sjukepleiaren å høyre med Kari om ho likar musikk, dette får ho ein positiv respons på. Sjukepleiaren spør om Kari vil fortelje kva musikk ho liker og Kari fortel og syng for sjukepleiaren. Dei endar opp med å syngje i lag. Etter ei stund spør sjukepleiaren om Kari vil vere med på badet, stelle seg og ta ein trall, for der er det så god klang. Ho forslår også at dei kan syngje med dei andre bebuarane på stova etter frukosten. For første gang vert Kari med ut på badet utan å kaste ut sjukepleiaren, ho har då frå tidligare alltid stilt opp velstelt før ho skal syngje framfor menneske.*

Artikkelen til Hammar, Emami, Götell og Engström bekrefter at ved å bruke musikk som kommunikasjon i stellsituasjonar kan ein minske mental og fysisk utagering. Ein vil ikkje kunne unngå at ubehagelege situasjonar oppstår, men ein kan ut i frå resultatata frå studien minske tal gonger det skjer og lengda på eventuelle ubehagelege situasjonar. I situasjonar der pasientane trakk seg unna viste det seg at dette skjedde i 62% av tilfella når stell vart gjennomført utan musikk. I tilfella med musikk var det 47% som trakk seg unna. Når det gjaldt å gripe gjenstandar skjedde dette i 52 % av tilfella utan musikk til samanlikning med 35 % av tilfella når musikk var tilstade. Andre oppførselssituasjonar som skriking vart redusert frå 55 % til 32 % ved bruk av musikk ved stell. I alle desse situasjonane viste det seg også at i dei forskjellige tilfella vart tal sekund redusert ved bruk av musikk (Hammar, Emami, Götell & Engström, 2010, s. 972).

I tilfellet med Kari slepp ho ikkje pleiaren inn på badet og vil ikkje ha dei i nærleiken under stell sjølv om pleiarane ser at Kari har bruk for hjelp eller rettleiing til å kunne gjennomføre eit godt nok stell. Sjukepleiaren brukar då noko ho har observert at Kari liker, nemleg musikk og song som

kommunikasjon. Kari slepp sjukepleiaren inn på badet og dei gjennomfører stellet saman. Sjølv om musisk kommunikasjon har god effekt på Kari denne dagen, betyr ikkje dette at det fungerer på alle eller at det fungerer på Kari kvar gong. Men sjukepleiaren har oppretta kontakt med Kari og kan bruke dette seinare til å starte ein samtale. Det handlar om å bli kjent med pasienten og finne ut kva dei forskjellige liker og å sjå an situasjonen og sinnstemninga til pasienten der og då. Eg tenkjer at det er dette som skiljar ein sjukepleiar som ser og ein som ikkje ser.

Vidare kan sjukepleiaren bli meir kjent med Kari og ta i bruk andre former for tiltak i løpet av tida til Kari på sjukeheimen. Sjukepleiaren kan også vidare fortelje til resten av personalet kva Kari set pris på og korleis ho fekk henne ut på badet. Då kan fleire ta i bruk dette dersom dei ynskjer det. Men det er ikkje sjølvstøtt at alle pleiarane på sjukeheimen følar seg komfortabel med å ta i bruk musikk som kommunikasjonsmetode. Eg sjølv brukar ofte å synge for dei pasientane som likar dette, både for å glede pasienten og for å gjere situasjonar som stell lettare. Ofte får eg høyre frå andre pleiarar som «Eg skjønner ikkje at du tør å synge for pasientane, eg tør ikkje på grunn av at eg syng dårleg». Eg sjølv har fått bemerka av pasientane at eg ikkje syng så vakkert, men at det ikkje gjer noko. Pasientane som har vakse opp med musikk rundt seg set som oftast alltid pris på dette uansett.

Musikk og song kan nyttast i andre situasjonar enn berre stell. Det kan etter det eg har erfart brukast til å skape eit samhald og å knyte band mellom pleiarar og pasientar, og mellom pasientane.

#### **4.4 Etikk og tvang**

*Til tross for at Kari er samtykkekompetent, oppfattar sjukepleiarane at Kari har lite sjølvinnsett i situasjonen ettersom ho takkar nei til hjelp med stell. Ho er verbalt utagerande mot pleiarane, vil ikkje ha dei med inn på badet, oppheld seg stort sett på rommet mesteparten av dagen og snakkar ikkje med dei andre pasientane ved måltida når ho er på stova.*

Som nemnt i teoridelen kan samtykkekompetanse bortfalle heilt eller delvis, dersom den demente pasienten ikkje er i stand til å forstå samtykket. Pleiar skal uansett først legge til rette for at pasienten sjølv kan bevare samtykkekompetansen sin. Før ein eventuelt kan gje helsehjelp som pasienten motsett seg, skal tillitskapande tiltak ha vore utprøvd. Når pasienten ikkje kan samtykke, oppstår det som kanskje etisk sett er eit av dei mest utfordrande områda i sjukepleieetikken og den helsefaglege etikken. I studien til Hem, Gjerberg, Pedersen og Førde kom det fram at sjukepleiarane opplevde det som ubehageleg å vere medansvarleg i situasjonar der ein utførte stell på ein ubehageleg måte. Det blir ofte brukt «litt tvang» som sjukepleiarane kalla det, men at det er lett for at det bikkar over til mykje tvang (Hem et al., 2010, s. 300). Også Garden og Hauge skriver at sjukepleiarane opplevde

pasientens uttrykte motstand som eit personleg og profesjonelt nederlag, kjensler av skyld og fagleg utilstrekkelighet (Garden & Hauge, 2012, s.19).

Balansegangen mellom etisk handling og tvang er ei stor utfordring i samhandling med demente pasientar. Utgangspunktet for bruk av tvang oppstår ofte i situasjonar der sjukepleiarar vil gjennomføre noko som ein ser på som eit naudsynt gode for pasientane, men møter motstand. Sjukepleiarar opplever bruk av tvang som ein kamp for pasientens beste (Garden og Hauge, 2012, s.20). I caset ovanfor kjem det fram at pleiarane har problem med å få hjelpe Kari med stell, men at den eine sjukepleiaren prøvar tillitskapande arbeid framover tvang ved å skape interesse hos Kari. Ho tek i bruk musikk og song og får ved å bruke dette som eit tiltak, sleppe inn på badet saman med Kari.

Pleiepersonellets oppførsel og veremåte er viktig med tanke på å skape tillit og tryggleik i omsorgssituasjonen, måten ein samtaler og informerer på, tolmod, omtanke og venlegheit i blikk og handlag (Nortvedt, 2012, s. 165). Etske konfliktrar ved bruk av tvang handlar om respekt for pasientens autonomi og integritet. Eg har alltid meint at ein skal behandle demente pasientar som ein vil at andre pleiarar skal behandle dine næraste, og tenkjer på dette kvar gang eg blir lei eller frustrert. Det er betre å ta seg ein «luftrunde» i avdelinga, framfor å handle i frustrasjon.

Noko pasienten ser på som viktig for seg sjølv og ynskjer, kjem til uttrykk via pasientens fysiske og psykiske verbale motstand og skal respekterast som eit uttrykk for hennar vilje. Dersom pasienten er dement kan det vere vanskeleg å vite om motstanden er uttrykk for at pasienten verkeleg ikkje vil eller om det er eit uttrykk for ubehag, sinne, frustrasjon eller redsel (Nortvedt, 2012, s. 165).

For å balansere mellom fridom og tvang og for å få pasienten med på ulike pleie- og omsorgstiltak frivillig er samtale og bruk av tid naudsynte faktorar for å unngå unødig bruk av tvang. Men skal ein kunne ta seg tid til dette, er det eit krav at det er nok personell på jobb (Nortvedt, 2012, s. 164). Garden og Hauge påpeikar at sjukepleiarane ofte opplevde at bruk av tvang kom grunna arbeidspress og kompetansemangel (Garden & Hauge, 2012, s. 20). Det seier seg sjølv at å skulle ta seg god tid utan å presse pasienten, vert vanskeleg dersom det er ein sjukepleiar og to ufaglærte på 12 pasientar. Dei ufaglærte har ikkje same erfaringar og kunnskap som sjukepleiaren har og utfører stell på ein annan måte enn sjukepleiaren kanskje ville gjort. Så sjølv om personalets arbeidssituasjon ikkje skal vere grunnlag for å gje tvungen helsehjelp, vil det på grunn av arbeidspress og mestring indirekte kunne påverke personalet til iverksetjing av tvangstiltak (Garden og Hauge, 2012, s. 21).

## 5 Konklusjon

Oppgåva viser at det er vanskeleg å svare på når det er greitt med tvang eller ikkje, ettersom ein alltid skal handle etter det som er best for pasienten. Tvang vert ofte bortforklart med uttrykk som at det vert gjort som eit naudsynt gode for pasienten. I følge pasient og brukerrettighetslova skal tillitsskapande tiltak ha vore forsøkt, før ein kan gje helsehjelp som pasienten motset seg.

Dette har eg forsøkt å poengtere gjennom oppgåva mi for å svare på problemstillinga «Korleis kan sjukepleiaren kommunisere for å minske bruk av tvang i samhandling med pasientar med demens». Ved å fokusere på god kommunikasjon med den demensramma, har eg ut i frå det eg har funne gjennom arbeidet mitt, konkludert med at musisk kommunikasjon kan vere ein av metodane som minskar utøving av tvang. Dette fordi det kan minske utagerande åtferd som er ein av grunnane til at tvang vert brukt. Musikk åleine ikkje vil kunne stoppe bruk av tvang, men eg meiner sterkt at det bør prøvast før ein kan seie at det ikkje fungerer. Ikkje minst er kunnskap om demens og om pasienten viktige moment som vil bidra til å forhindre unødig bruk av tvang. Det er heller ikkje å legge skjul på at desto mindre personale utan kompetanse for demens som er på arbeid, desto vanskelegare vert det å førebygge bruk av tvang. Dette viser seg i omkring alle studiane eg har lese.

## 6 Litteraturliste

- \* Aamodt, L. G. (2014). *Den gode relasjonen* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berentsen, V. D. (2008). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, A. H. Ranhoff, & K. Brodtkorb (Red.), *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (ss. 350-382). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- \* Bragstad, L. & Kirkevold, M (2010). Individualisert musikk for personer med demens. *Sykepleien forskning*, 5 (2), 110–118. doi:10.4220/sykepleienf.2010.0067
- Brodtkorb, K., & Kirkevold, M. (2008). Kartlegging. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (ss. 113-122). Oslo: Gyldendal Akademisk .
- \* Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier* (3. utg.). Stockholm: Natur & Kultur.
- \* Garden, M-H. & Hauge, S. (2012) The battle for beneficence – Nurses’ experience of the use of coercion in dementia care. *Nordic journal of Nursing Research & Clinical Studies*, 32(4), 18-22.  
Henta frå:  
[http://www.researchgate.net/publication/258296655\\_Kampen\\_for\\_pasientens\\_beste\\_sykepleieres\\_opplevelse\\_av\\_delta\\_i\\_bruk\\_av\\_tvang\\_overfor\\_personer\\_med\\_demens.\\_THE\\_BATTLE\\_FOR\\_BENEFICENCE\\_-\\_NURSES\\_EXPERIENCE\\_OF\\_THE\\_USE\\_OF\\_COERCION\\_IN\\_DEMENTIA\\_CARE](http://www.researchgate.net/publication/258296655_Kampen_for_pasientens_beste_sykepleieres_opplevelse_av_delta_i_bruk_av_tvang_overfor_personer_med_demens._THE_BATTLE_FOR_BENEFICENCE_-_NURSES_EXPERIENCE_OF_THE_USE_OF_COERCION_IN_DEMENTIA_CARE)
- \*Hammar, L.M., Emami, A., Götell, E. & Engström, G. (2011) The impact of caregivers’ singing on expressions of emotion and resistance during morning care situations in persons with dementia: an intervention in dementia care. *Journal of clinical nursing*, (20), 969–978 doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03386.x
- \* Helse og omsorgsdepartementet. (2011) Demensplan 2015 «Den gode dagen» Revidert



handlingsprogram for perioden 2012–2015. Henta frå

[https://www.regjeringen.no/contentassets/80a24704aba7477d946fee1000fcf81f/demensplan\\_2015.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/80a24704aba7477d946fee1000fcf81f/demensplan_2015.pdf)

- \* Hem, M.H., Gjerberg, E., Pedersen, R. & Førde, R. (2010). Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang. *Sykepleien forskning*, 5(4), 294-301. doi:10.4220/sykepleienf.2011.0007
- \* Henriksen, K. W. (2008). Kommunikasjon. I A. M. Rokstad, & K. L. Smebye, *Personer med demens - Møte og samhandling* (ss. 87-113). Oslo: Akribe.
- \* Hoffmann, B (2002). Pasientautonomi som etisk rettesnor - en kritisk gjennomgang. *Sykepleien forskning*, 90(17), 39-44. DOI: 10.4220/sykepleiens.2002.0048
- Hummelvoll, J. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- \* Johnsen, L., & Smebye, K. L. (2008). Bruk av tvang i demensomsorgen. I A. M. Rokstad, & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens - Møte og samhandling* (ss. 207-229). Oslo: Akribe AS.
- \* Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering* (2. utg.). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kirkevold, M. (2008). Den gamles integritet. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (ss. 91-99). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- \* Myskja, A. (2013). *Hjertet mitt har ikke demens*. Latvia: Cappelen Damm AS.
- \* Norsk sykepleierforbund. (2014). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 08. mai 2015 frå <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- \* Pasient og brukerrettighetslova. (1999) Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient og brukerrettighetslova). Henta 07. mai 2015 frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- \* Rokstad, A. M. (2008). Utdfordrende atferd. I A. M. Rokstad, & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens - Møte og samhandling* (ss. 180-206). Oslo: Akribe AS.

Røkenes, O., & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller bryte* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

\* Szatkowski, S. K. (2004). *Demens - kommunikasjon og samarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

## Vedlegg 1

Søkedato	Database tidsrom	Søkeord	Antall treff	Kva gjorde du med «treffa»	Resultat
09.04.15	Svemed+ (2010-dd)	Demens og tvang	7	Las abstract på dei eg hadde tilgang på	Valte denne artikkelen: Hem, Gjerberg, Pedersen og Førde (2010)
09.04.15	Academic search premier (2010-dd)	Dementia and music therapy AND nursing homes AND agitation	9	Las abstract på dei som såg aktuelle ut.	Ein artikkel vart valt ut, men ikkje brukt: Vink, Zuidersma, Boersma, Jonge, Zuidema og Slaets (2013).
11.04.15	Academic search premier (2010-dd)	Dementia AND coercion AND nursing homes	2	Las abstract på begge.	Valte denne artikkelen, men ikkje brukt: Hem, Gjerberg, Pedersen og Førde (2010) Såg seinare at det var same artikkel som første, bare på engelsk.

13.04.15	Academic Search Premier (2010-dd)	Dementia AND nurse patient relations AND nursing homes	21	Silte ut det som var aktuelt for oppgåva og las abstract på nokre.	Valte denne artikkelen: Hammar, Emami, Götell og Engström (2010)
17.04.15	CINAHL (2010-dd)	Dementia AND nursing care AND coercion	1	Las abstract.	Valte denne artikkelen: Garden og Hauge (2012)
06.05.15	Google	Systematiske artiklar om demens	1 340 000	Valte første funn, ettersom den såg mest relevant ut.	Valte den artikkelen som var mest relevant: Bragstad og Kirkevold (2010)