



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for helse og Idrett
4AVS304

Aina Larsen og Silje Sørensen-Sundrud
Veileder: Bente Bjørslund

”Til pasientens eget beste”
”For the patients own good”

Antall ord:10551
Bachelor i Sykepleie

2012

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	s 4
1.1 Bakgrunn for å skrive oppgaven - i et samfunnsmessig perspektiv.....	s 4-5
1.2 Bakgrunn for å skrive oppgaven - personlig relevans.....	s 5
1.3 Hensikt og problemstilling.....	s 5
1.4 Oppgavens avgrensning og disposisjon.....	s 5-6
2 Metode	s 7
2.1 Litteratursøk.....	s 7
2.2 Valg av litteratur.....	s 7-9
2.3 Kildekritikk.....	s 9-11
2.4 Etisk vurdering.....	s 11
3 Teori.....	s 12
3.1 Sykepleierteoretiker Joyce Travelbee	s 12-13
3.2 Demens.....	s 13-15
3.3 Lover og retningslinjer i sykepleien.....	s 15-17
3.3.1 Samtykkekompetanse.....	s 17
3.4 Velgjørenhet og ikke-skade prinsippet.....	s 17-18
3.5 Yrkesetiske retningslinjer.....	s 18
3.6 Forebyggende sykepleie.....	s 18-19
3.6.1 Tillitskapende tiltak.....	s 20-21
4 Drøfting.....	s 21

4.1 "Min kropp, mitt liv".....	s 21-25
4.2 Den "lille tvangen".....	s 25-30
4.3 Gjøre det som er riktig.....	s 30-31
5 Konklusjon	s 32
6 Litteraturliste.....	s 33-35

1 INNLEDNING

Tema for oppgaven er bruk av tvang i sykepleien til pasienter med demens.

Antallet personer med demens kan komme til å dobles til om lag 130.000 innen en periode på 30 til 40 år. Så mange personer med demenssykdom fører til store utfordringer for helsepersonell med tanke på individualisert og kvalitetssikret sykepleie. (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2005). I og med at den demente pasienten vil vise seg oftere og oftere i sykepleierens hverdag, er det desto viktigere å reflektere over ulike etiske dilemma, samt forbygge bruk av tvang.

1.1 Bakgrunn for å skrive oppgaven – i et samfunnsmessig perspektiv

Det viser seg at bruken av tvang hos eldre demente ikke alltid dokumenteres. Ved flere anledninger er tvangen heller ikke lovmessig utført på grunn av manglende vedtak og kunnskap om lovverket. Det viser seg at sykepleieren ser det vanskelig å skille mellom hva som er frivillighet og hva som er tvang. (Dolonen, 2012).

Mennesker i den vestlige verden har mye lengre levealder enn før. Om noen år kommer etterkrigsbarna i den alderen hvor sykdom og demens oftest inntreffer, og derfor flere demente. Helsevesenet står overfor store utfordringer når det skal skaffes nok ressurser til å gi kvalitativt god sykepleie til eldrebølgen. (Justad, 2000; Statistisk Sentralbyrå, 2011).

Det store antallet personer som berøres av demenssykdommene, enten ved at de har sykdommen selv eller som pårørende har et stort behov for informasjon og veiledning. Tjenesteapparat og helsepersonell har store utfordringer med å planlegge og tilrettelegge et faglig forsvarlig tjenestetilbud som er individuelt tilrettelagt. (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2005).

Vedtak om tvungen helsehjelp kan fattes dersom pasienten opprettholder sin motstand mot behandling, etter at tillitsskapende tiltak er forsøkt. Kriterier som må ligge til rette før vedtak er at unnlatelse av helsehjelpen kan føre til skade for pasienten, helsehjelpen ansees som nødvendig, og tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen. (Slettebø, 2008).

Ved å bevisstgjøre og utdanne sykepleiere som kan gi god pleie og omsorg, samt forebygge komplikasjoner før det utarter seg, kan vi redusere bruken av tvang. (Smebye & Haugan, 2010). Helsepolitisk streber samfunnet etter å skape likhet mellom alle pasienter, uavhengig av økonomi

og sosial status. (Halvorsen, 2010). Det er viktig å sette fokus på kvaliteten av tjenestene som ytes av helsevesenet. Undersøkelser viser at den gjennomgående kvaliteten er god, men at det er betydelige forskjeller mellom kommunene. Svikt i grunnleggende rutiner, saksbehandling og dekking av psykososiale behov, er ofte det som mangler. (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2002).

1.2 Bakgrunn for å skrive oppgaven – personlig relevans

Under utdannelsen har bruk av tvang vært fokus i etiske diskusjoner gjentatte ganger. Både i sykehjem, hjemmesykepleie og psykiatri har store etiske dilemma dukket opp. Det er vanskelig å forholde seg til tanken om å unnlate å gi et menneske den pleie og omsorg som sårt trengs. Lover og regler som er basert på etisk tenkning, normer og verdier er essensielle i sykepleien. Ved å skrive denne oppgaven blir problematikken rundt bruk av tvang i demensomsorgen belyst. Det skapes rom for refleksjon og tilegning av ny kunnskap. Rammene rundt regelverket blir klarere, og sykepleiens kvalitet styrkes ved kunnskapsbasert praksis. Vi har i praksis reflektert over etiske dilemmaer, og vært utfør ulike situasjoner hvor tvang er brukt uten vedtak. Vi har derfor valgt dette temaet for oppgaven for å få mer kunnskap om hvordan man kan forhindre bruk av tvang, og hva slags påvirkning dette vil ha for pasienten. Vårt ønske er at det blir et like stort fokus på helsehjelpen i form av tilrettelegging i hverdagen til de som er syke, uavhengig av funksjonsnivå eller sykkelighet. Oppgaven er et verktøy for å kunne eksemplifisere at likhet, fellesskap, respekt og omsorg trenger et sterkere fokus i helseomsorgen.

1.3 Hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgaven er å få kunnskap om hvordan man kan forhindre bruk av tvang av demente pasienter i sykehjem. Problemstillingen som er valgt for oppgaven er som følger:

Hvordan forebygge bruk av tvang hos eldre demente?

1.4 Oppgavens avgrensning og disposisjon

Tvang er et stort tema som skaper etiske diskusjoner og refleksjon på flere arenaer i helsetjenesten. For å avgrense oppgaven er det lagt vekt på bruk av tvang i stellesituasjoner. Oppgaven presenterer ulike sentrale tema forbundet med bruk av tvang hos eldre demente. Etter innledning hvor oppgaven introduseres, kommer metodekapittelet som fremviser hvilket arbeid som er gjort for å bygge opp denne oppgaven. Teorikapittelet inneholder fagteori om demens, sykepleieteori og lovverk, som i drøftingskapittelet drøftes opp mot sykepleieteoretiker Joyce

Travelbees teorier om sykepleie. Bakgrunn for valg av tema for teorikapittelet ligger i besvarelsen på problemstillingen, som vil bli diskutert i drøftingskapittelet. Begreper vil bli forklart fortløpende i teksten.

2 METODE

Dalland definerer metode som en fremgangsmåte for hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Han mener at begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig og interessant måte. (Dalland, 2007, s. 81).

2.1 Litteratursøk

En litteraturstudie er en form for kvalitativ metode, og denne metoden er basert på problemstillingen som er valgt for oppgaven. På forhånd ble prosjektplan og fremdriftsplan levert. Dette for å planlegge arbeidet og sikre fremdriften av oppgaven. Deretter har vi vurdert og søkt systematisk, for å kunne vurdere kritisk den litteraturen som er funnet.

I oppgaven er pensumlitteratur benyttet, og annen relevant litteratur er funnet på skolens bibliotek, søkekilden BIBSYS er benyttet. For å finne fag- og forskningsartikler har vi brukt Helsebiblioteket hvor vi har søkt etter artikler hos Sykepleien, SveMed, PubMed og Evidence Based Nursing. Google Scholar er også benyttet. Følgende søkeord er brukt: demens, tvang, yrkesetiske retningslinjer, etikk, psykisk helsevern, tillitsskapende tiltak, ethics, dementia, nursing, prevalence, restraint. To av artiklene i oppgaven ble funnet i nettutgaven til tidsskriftet Sykepleien. Tidsskriftets nettside har egen søkemotor. Ved søk på helsebiblioteket, kom det opp resultater fra demensinfo, hvor vi har valgt å benytte artikkelen *Forebygge uro med ro*. Ved søk i tidsskrifter på BIBSYS fant vi to artikler som beskriver hvilke utfordringer sykepleiere har i møte med den demente pasienten.

2.2 Valg av litteratur

Som selvvalgt litteratur er det blitt brukt en rekke artikler, lover, retningslinjer og bøker. Blant disse er Joyce Travelbee sin bok *Interpersonal aspects of nursing* fra 1996. Boken inneholder hennes sykepleieteorier. Travelbee har som hensikt å gi kunnskaper om relasjoner mellom sykepleier og pasient. Bakgrunnen for valg av sykepleieteoretiker i denne oppgaven er at Travelbee har sykepleieteorier som er relevante i forbindelse med oppgavens problemstilling. Hun beskriver menneske – til – menneske forholdet, og den menneskelige tilnærmingen hun beskriver som viktig å ha kunnskap om som sykepleier. Hennes teorier vil bli drøftet opp i mot annen litteratur.

Pasientrettighetsloven, kapittel 4 vektlegges i oppgaven og har som hensikt å forhindre og redusere bruken av tvang. (Pasientrettighetsloven, 2009). Samtidig setter loven rammer for når

og hvordan man går frem for å fatte vedtak om tvang, og når dette er nødvendig. Yrkesetiske Retningslinjer fra 2007 setter en standard til krav til utførelse av sykepleie. Retningslinjene bygger på normer og verdier som er nødvendige for sykepleieren å ha kunnskaper om, og praktisere etter.

Fag- og forskningsartiklene som er anvendt i oppgaven omhandler ulike perspektiv og holdninger i forbindelse med bruk av tvang av demente pasienter i sykehjem, og hvilke tiltak som er blitt iverksatt for å forhindre bruk av tvang, og resultatene av disse tiltakene.

Førde, Gjerberg, Hem og Pedersen (2010) har skrevet forskningsartikkelen *Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang*. Studien gir et bilde av sykepleierens utfordringer når det gjelder forståelsen av frivillighet og tvang i forbindelse med stell og pleie til eldre demente. Utfordringer som belyses i artikkelen er vask og dusj, stell av negler og munnstell, da pasienten motsetter seg dette. Studien er basert på fokusgruppeintervjuer, hvor 60 deltakere fordelt på 11 grupper deltok. Deltakerne bestod av helsepersonell, hvor gruppene ble tverrfaglig sammensatt. Spørsmålene i intervjuene var basert på personalets forståelse av frivillighet og tvang. Resultatene viste at forskjellen mellom frivillighet og tvang er uklar, og det finnes utfordringer i flere situasjoner hvor det kan vippe mellom frivillighet og tvang. Pleierne kan gjøre en forskjell ved å fokusere på å bygge relasjoner til pasientene, slik at pasientene blir mer delaktige, får følelse av å ha kontroll og frivillighet. (Førde et al., 2010).

”Det som ikke burde skje – en kvalitativ studie om overgrep og krenkelser i sykehjem” (2010) er basert på en studie skrevet av Malmedal. Studien tar for seg helsepersonell som reflekterer over pasientenes perspektiv om usikkerhet i forbindelse med bruk av tvang. Studien som er gjort er en kvalitativ studie, hvor det er gjennomført dybdeintervjuer med åtte ansatte i sykehjem i en bykommune i Midt-Norge. Utvalget består av sykepleiere med og uten spesialutdannelse, hjelpepleiere med og uten spesialutdannelse og en vernepleier, bestående av en mann og syv kvinner. Malmedal påpeker kommunens ansvar om å ivareta pasienter som er innlagt på sykehjem, spesielt deres grunnleggende behov. De grunnleggende behovene vil si opplevelsen av å bli respektert, forutsigbarhet i hverdagen, følelsen av trygghet og av å være et selvstendig individ. Studien tar for seg psykiske og fysiske overgrep ovenfor pasienter, som informantene i studien beskriver som ubevisste handlinger. Helsepersonellet beskriver refleksjon over disse handlingene som en oppvekker og refleksjonene gjør at man blir mer bevisst på hva sykepleieren kan gjøre for å forhindre bruk av tvang. Flere av informantene har eksempler på dårlige

holdninger de har sett i praksis. Det kommer frem at informantene mener at dårlige holdninger er en essensiell faktor for at overgrep og krenkelser skjer. Studien avslører et stort behov for mer kunnskap om de negative aspektene ved sykehjemstilværelsen. (Malmedal, 2010).

Fagartikkelen *Tvang uten vedtak* av Dolonen fra 2012 er basert på en undersøkelse gjort av Helsetilsynet som har studert hvordan sykehjem håndterer lovverket rundt bruk av tvang. Resultatene av undersøkelsen viser mangelfull dokumentasjon og mangel på vedtak ved bruk av tvang. På grunn av lite dokumentasjon, er det vanskelig å ta tak i problematikken. Det viser seg at mangelfull kunnskap om lovverket fører til ubevisst tvangsbruk, uten vedtak. (Dolonen, 2012).

Fagartikkelen *Forebygger uro med ro* av Kvaal fra 2010 gir eksempler på tillitskapende tiltak for å forhindre aggresjon og tvangsbruk. Artikkelen tar for seg et intervju med sykepleier Træet som er avdelingsleder ved Sørheim Sykehjem. Hun beskriver rolige omgivelser og mer frivillighet som tiltak for å forhindre urolige pasienter. Gjensidig kjennskap mellom sykepleier og pasient viser seg også å være en viktig faktor for å forhindre uro, og Træet understreker i artikkelen at de på grunnlag av dette ikke bruker tvang eller makt på deres sykehjem. (Kvaal, 2010).

Smebye & Haugan (2010) har skrevet fagartikkelen ”Innføring av pasientrettighetsloven kapittel 4A om bruk av tvang – Erfaringer fra Østfold”. Det viser seg at kapittel 4A har vært utfordrende å implementere i det norske helsevesenet. Flere utfordringer belyses, samtidig som gode tillitskapende tiltak presenteres. Artikkelen presenterer ulike undersøkelser som er gjort i sykehjem, hvor resultatene viste at flesteparten av pasientene ble utsatt for minst ett tvangstiltak i løpet av en uke. Mental svikt, stort hjelpebehov og urolig atferd var assosiert med bruk av tvang. Artikkelen belyser også de strenge vilkårene som er for bruk av tvang, dette i forbindelse med lovverket. (Smebye & Haugan, 2010).

2.3 Kildekritikk

Vi har benyttet fag- og forskningsartikler som er publisert de siste 5 årene. Bakgrunn for valg av disse artiklene baseres på relevans for oppgaven. De ulike fag- og forskningsartiklene omhandler bruk av tvang i sykehjem, kunnskap om lovverk, retningslinjer og tillitskapende tiltak, noe har som betydning for å forhindre bruk av tvang. Ved å stille seg kritisk til artiklene og søke etter mer tilsvarende litteratur, vil man oppnå mer troverdig litteratur.

I en kilde hvor forfattere refererer til en annen bok eller artikkel med annen forfatter, mener Dalland (2007) at man bør oppsøke den opprinnelige kilden. Dette kalles primærkilden. Dersom disse forfatterne er lite tilgjengelige og oftest leses i andres bearbeiding, bruker man sekundærkilden som er henvist i teksten. (Dalland, 2007, s. 282).

Forskningsartikkelen *Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang* (2010) er kvalitativ forskning basert på fokusgruppeintervjuer. Intervjuene er gjort på 5 forskjellige sykehjem, med 60 deltakere fordelt på 11 grupper. Svakheter med artikkelen kan være at det ikke er flere intervjuobjekter. Styrken er at resultatene fremviser problemstillinger på et mer personlig plan.

I fagartikkelen *Forebygger uro med ro* (2010) har vi stilt oss kritiske til faglig kvalitet da artikkelen kun bygger på utsagn fra avdelingsleder fra sykehjemmet. Vi har likevel valgt å bruke artikkelen fordi den presenterer gode eksempler som kan inspirere andre institusjoner. Samtidig ser vi at det kreves mer faglig kunnskap for å kunne utføre tiltakene.

Fagartikkelen *Tvang uten vedtak* (2012) baseres på undersøkelser gjort av Helsetilsynet i et fylke i Norge. Artikkelen har ingen henvisninger, noe som svekker artikkelens karakter. Denne undersøkelsen pågår fremdeles, og det er trolig at resultater vil publiseres ved en senere anledning. Vi har valgt å bruke artikkelen fordi den belyser viktigheten av kunnskaper om lovverket, riktig bruk av lovverket, og dokumentasjon.

Vi har stilt oss kritiske til de ulike artiklene på grunnlag av lite erfaring med å søke etter fag- og forskningsartikler. Studiene i artiklene som er funnet er gjort i Norge, og vi ser på dette som en styrke da de ulike artiklene omhandler bruk av tvang i sykehjem, og dette er i samsvar med valg av problemstilling for oppgaven. Studiene og fagartiklene presenterer helsepersonellens holdninger, og viktigheten av kunnskap om temaet, for å kunne forhindre bruk av tvang. Det kan hende at man hadde fått opp flere søkerresultater, nyere og bedre forskning om man hadde brukt andre søkemotorer. Ved artikkelsøk og enkle søkeord som ”*tvang*”, var det flere tusen resultater. Vi brukte derfor sammensetninger av ord for å minske på mengden treff i søkene våre. Likevel var antallet treff i søkene høye, og muligheten er tilstede for at annen relevant litteratur ikke er med i oppgaven. Informasjonen som er hentet inn i de ulike artiklene kommer ofte fra helsepersonell og ikke selve pasienten. Dette kan være en svakhet ved oppgaven.

2.3 Etisk vurdering

Forskningsetikk handler om at forskningen skal ha til formål å gi ny innsikt og kunnskap. Forskningen skal ikke på noen som helst måte krenke enkeltpersoners integritet og velferd. (Dalland, 2007)

Fag- og forskningsartikler som er anvendt i oppgaven vil sannsynligvis ikke bare være av betydning for pasienter som har vært med i undersøkelsene, men også pasienter og pårørende til eldre demente som kommer i fremtiden. Grunnen til dette er at funn, diskusjoner og konklusjoner, kan gi ny innsikt og styrke holdninger til sykepleiere og annet helsepersonell. Artikkene påpeker viktige etiske problemstillinger, og viser til mange gode tiltak for å forebygge bruk av tvang. Metoden som er brukt i artiklene i oppgaven er basert på intervjuer og informasjon som er innhentet fra helsepersonell. Det kommer ikke frem noen form for personinformasjon. Det tolkes som om intensjoner bak studiene som er utført er å finne problemløsninger, og fremme kunnskapsbasert praksis.

Ved å skrive oppgaven, er det viktig å reflektere over hvordan den valgte litteraturen presenteres slik at ikke setninger blir tatt ut av sammenheng, og formidlingen blir ufullstendig. Dette for å unngå utilsiktede virkninger av oppgaven. (Dalland, 2007). Ved innhenting av litteratur fra de forskjellige kildene som er brukt i oppgaven, er det diskutert hvordan teksten formuleres for å unngå plagiat og/eller misforståelser.

3 TEORI

Mange etisk vanskelige situasjoner sykepleieren møter, reguleres gjennom lovgivning. Noen ganger gir lovgivningen et direkte svar på et dilemma, og løsningen er enkel. Ved andre situasjoner gir lovene plass for etisk skjønn, og sykepleieren må trekke avgjørelser innenfor gitte rammer. (Mekki & Pedersen, 2004).

3.1 Sykepleierteoretiker Joyce Travelbee

Travelbee har arbeidet som psykiatrisk sykepleier og hun retter sin sykepleietenkning og oppmerksomhet spesielt mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien. (Kristoffersen, 2005).

Travelbee (1996) beskriver sykepleie som en mellommenneskelig prosess hvor profesjonelle sykepleiere praktisk bistår en person, familie, eller samfunnet for å forebygge eller takle opplevelsen av lidelse og sykdom. Dersom det er nødvendig vil man også kunne finne mening i disse erfaringene. Sykepleie er også en prosess, en opplevelse eller hendelser mellom sykepleier, et individ eller gruppe av individuelle behov for hjelp til sykepleier, kan være tilbudet. Travelbee mener at sykepleie blir sett på som en prosess understreker den dynamiske karakteren som er iboende i hver sykepleiesituasjon. Hun beskriver også at rollen som sykepleier blir sett på som en karakter, og at i den mellommenneskelige prosessen er det viktig å forholde seg til menneske til menneske i stede for ”sykepleier” og ”pasient”. (Travelbee, 1996, s. 7).

Travelbee mener kommunikasjon er en prosess hvor mennesker formidler sine egne tanker og følelser til hverandre. Kommunikasjon er viktig for å kunne bli kjent med pasienten som person. Det kan være en utfordrende prosess å finne fram til det som skiller den ene pasienten fra tidligere pasienter. Sykepleierens oppgave er å skille mellom egne og pasientens behov, og ikke utføre sine egne behov på pasienten. Å bli kjent med pasienten som en person og å kunne identifisere hans behov, er en forutsetning for å kunne planlegge og utføre sykepleie, hevder Travelbee. (referert i Kristoffersen, 2005).

Den demente er avhengig av at man har anledning til å sette av tid til å legge opp til et program på personens premisser. Dette innebærer mer bruk av tid til dagligdagse gjøremål som for eksempel: påkledning, matlagning og morgenstell. Man må ta hensyn til at den demente

personens evne til å lære noe nytt er betydelig redusert, og innholdet i samværet bør innebære formidling av tilhørighet, mening og sammenheng i tilværelsen. (Hummelvoll, 2004).

Travelbee understreker viktigheten av at sykepleieren må ha respekt for pasienten fordi han er et unikt menneske, som ikke er lik noen andre. Det finnes likheter mellom mennesker, men forskjellene og individualiteten er større. Travelbee mener at den viktigste oppgaven i profesjonell praksis er å utvikle et menneske – til - menneske forhold. Hun nevner fem ulike trinn i denne prosessen. Det innledende møte, fremvekst av identiteter, empati, sympati, og gjensidig forståelse og kontakt. (referert i Slettebø, 2009). Følelsen av å bli respektert har en avgjørende betydning for selvaktelsen. Målet med omsorgen for demente personer må hele tiden være, så godt det lar seg gjøre å tilpasse situasjonene slik at personen opplever å ha kompetanse i møte med dagliglivets utfordringer og samvær med andre. (Hummelvoll, 2004).

3.2 Demens

Ved tanker og språk konstrueres vår oppfattelse av virkeligheten. Når tankene bare forsvinner bort, svekkes språkevnen. Minnet om den enkelte blir grumset til, og når det blir vanskelig å sette ord på tanker og følelser, blir det også vanskelig å holde fast ved de referansene som bidrar til å skape ens eget selvbylde. (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005).

Engedal og Haugen (1996) definerer demens slik:

En ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som språk, evne, læring, hukommelse og tenkning. Sykdommen er kronisk, kan ikke kureres og forverres ofte over tid. (referert i Hummelvoll, 2004, s. 360).

Det forskes stadig mer på demens. Fokuset er på årsaksforståelse, klassifisering av de forskjellige typene demens, og medisiner som kan bremse ned utviklingen av symptomer. I dag setter vi mer fokus på pårørendes rolle, og den demente personens egne opplevelser av hvordan sykdommen utarter seg. For å sette en diagnose må en rekke andre tilstander med lignende symptomer utelukkes. Ved utredning og diagnostisering av mental svikt brukes anerkjente internasjonale undersøkelsesmetoder. Blodprøver, mentale tester, demensforekomst i familie,

vurdering av psykisk helse og intervju eller samtaler med pårørende er vanlige prosedyrer. Når man konstaterer mental svikt tas det røntgenbilder av hjernen for å utelukke/finne dannelse av svulster, blødninger i hjernen eller atrofi av hjernevevet. (Hummelvoll, 2004).

Hjelp fra pårørende er viktig ettersom de kan korrigere helsepersonalets resultater fra undersøkelsene. De kan også ofte gi et bedre bilde av pasientens fungering i dagliglivet. Poenget med å sette diagnosen demens er for å kunne sette inn og konkretisere tiltak som kan støtte opp under de ressursene pasienten selv innehar, og kompensere for manglende egenomsorgsbehov. Aktuelle hjelpebehov kan være å få plass på et dagsenter, opphold i sykehjem over kort eller lengre tid og/eller medikamentell behandling. (Hummelvoll, 2004, s. 161-163).

Ved lette demenstilstander kan pasienten fungere så å si normalt med små støttetiltak, mens pasienter med alvorlig demenslidelse kan være fullstendig pleietrengende, ha redusert livstid, og liten mulighet til medvirkning. Pasientens helse og funksjonsnivå har stor betydning for livskvalitet, sårbarhet og overlevelse. (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2008).

I vår kultur er det viktig å føle at man har kontroll over seg selv, og mestre sin egen livssituasjon. Alvorlig sykdom som kan føre til mangel på kontroll, svakhet og reduserte muligheter for mestring, er vanskelig og kan skape angst. Det kan oppleves ydmykende å måtte overlate personlig stell til familie eller fremmede. Pasienten kan føle at de er en belastning for samfunnet, og en skam for familien. Ved å yte praktisk hjelp og emosjonell sykepleie, kan man redusere disse følelsene. (Kristoffersen, et al. 2005).

Den demente pasienten kjenner seg kanskje ikke igjen på sitt eget rom etter en lang natt. Hvis det plutselig kommer en hvitkledd person brått inn på rommet og trekker av pasienten dyna, kan det føles som et overgrep, og pasienten kan motsette seg hjelpen. (Berentsen, 2008).

Irurita (1999) sier at opplevelsen av sårbarhet forsterkes i stor grad da man opplever avhengighet av andre mennesker. Iboende et hvert menneske er ønsket om selvhjulpenhet. Eldre er sårbare fordi de lettere opplever at de mister kontrollen i ukjente omgivelser og situasjoner. (referert i Mekki & Pedersen, 2004). Pårørende til mennesker med demens opplever ofte stort stress over lengre tid, og livskvaliteten er redusert. Selv en tid etter at diagnosen er stilt, er det mange som synes at det er flaut å fortelle andre at mor/far eller ektefelle lider av demens. Det kan være vanskelig å vite hvordan den som er dement egentlig har det. Opplever både pasient og

pårørende at de blir godt ivaretatt av hjelpeapparatet, skaper dette tillit og et godt grunnlag for samarbeid. Pårørende kan være redde for at den syke skal skade seg i hjemmet. Noen blir så slitne at de skjerner seg fra resten av omverdenen. I familier hvor det har vært mye konflikter, vil ofte familien flytte den demente i institusjon tidligere enn ellers. (Berentsen, 2008).

3.3 Lover og retningslinjer i sykepleien

Formålet med pasientrettighetsloven, kapittel 4A skal ivareta pasientens krav på helsehjelp, hindre vesentlig helseskade og forbygge bruk av tvang. Før man yter helsehjelp ved bruk av tvang, må tillitsskapende tiltak være forsøkt med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve det. Hvis pasienten fremdeles motstår seg helsehjelp, kan det fattes vedtak om helsehjelp dersom unnløstelse av helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, helsehjelpen ansees nødvendig, og tiltakene som blir gjort står i forhold til behovet for helsehjelp. Selv om disse vilkårene er oppfylt, skal vedtak om helsehjelp kun gjøres dersom dette helt klart fremstår som den beste løsningen for pasienten etter en helhetsvurdering. Det må legges vekt på i hvor stor grad pasienten motsetter seg helsehjelpen, og om pasienten i nærmeste fremtid kan gjenvinne samtykkekompetanse. (Pasientrettighetsloven, 2009).

Helsehjelpen skal fortløpende vurderes, og dersom vilkårene i loven ikke oppfylles, skal helsehjelpen avsluttes. Hvis helsehjelpen er bruk av bevegelseshindrende tiltak eller bruk av medisiner som gjør hardt inngrep på kroppen, skal alltid dette ses på som alvorlige inngrep. Det er mulig å innhente informasjon fra nærmeste pårørende for å kunne danne seg et bilde av hva pasienten selv ville ha ønsket før man fatter vedtak. Pasienten og nærmeste pårørende skal umiddelbart informeres om vedtaket, og vedtaket skal sendes til den som har det overordnede ansvaret for helsehjelpen til pasienten, og til fylkesmannen. Pasient og pårørende skal informeres om retten til å klage. Vedtaket gjøres av lege. (Pasientrettighetsloven, 2009). Helsepersonelloven (2009) krever at personalet som bruker tvang skal være kvalifisert til å stå ansvarlig for helsehjelpen som skal ytes. Pleieren må kunne vurdere konsekvenser av tvangstiltaket og eventuelt hente hjelp om det er nødvendig. Personell som har administrativ funksjon skal ikke ha kompetanse til å fatte vedtak om tvang.

Studien som er gjennomført av Dolonen (2012) gjort i samarbeid med Helsetilsynet viser at det brukes tvang i sykehjem, uten at vedtak om bruk av tvang ligger til grunn. Det kommer frem at mange helsepersonell i sykehjem ikke vet hvordan de skal vurdere om pasientene er samtykkekompetente, og hvordan de går frem for å få eventuelle vedtak om bruk av tvang.

Pasientrettighetsloven kapittel 4A inneholder lover og regler som forteller når helsepersonell kan bruke tvang for å yte helsehjelp. Eksempler på bruk av tvang i sykehjem er å bruke alarmer hvor det ikke er fattet vedtak om å bruke dem, knuse tabletter og putte dem i mat for å få pasientene til å svelge dem, administrering av beroligende medisiner til pasienter som motsetter seg stell, og bruk av sengehester uten at dette blir problematisert opp imot regelverket. Bruken av tvang blir ikke alltid dokumentert i avvikssystemer, og dermed blir ikke problemet tatt tak i. (Dolonen, 2012).

I 2001 fantes det ingen gode undersøkelser som beskrev bruk av tvang i norske sykehjem. Derfor fikk Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens i oppdrag å kartlegge bruken av tvang og rettighetsbegrensninger i tjenesteyting til eldre demente ute i kommunene. Ut ifra denne undersøkelsen kom det frem at det uten tvil brukes tvang i norske sykehjem uten at det foreligger vedtak. (referert i Kirkevold, Eek, & Nygård, 2001).

Ved innføring av det nye regelverket ble det iverksatt opplæringstiltak i alle fylker i Norge. I oktober 2009 ble det holdt en erfaringskonferanse hvor representanter fra alle fylker deltok. Det kom frem at fylkene har erfart klare utfordringer med innføringen av regelverket. Det ble foretatt en analyse fra vedtakene gjort i Østfold fylke hvor det kom frem at bare 10 av 68 vedtak som var gjort i løpet av 6 måneder tilfredstilte lovens krav. 38 av disse vedtakene var gjort hos eldre. I flere av vedtakene var det beskrevet flere tvangstiltak. Et av tvangstiltakene som ble vedtatt flere ganger var utførelse av personlig hygiene. (Smebye & Haugan, 2010).

Bruk av tvang i form av fysiske overgrep viser Malmedal (2010) noen eksempler på. Informantene i studien hun har gjort beskriver ulike situasjoner hvor pasienter blir overmedisinert på grunn av uro, og hvor pasientene blir bundet fast til ulike gjenstander selv om det ikke er fattet vedtak. Informantene fra sykehjemmet sier selv at de er klar over at dette ikke er lov, men at det gjøres likevel. I studien kommer det også frem at helsepersonell fra sykehjemmet har vært svært hardhendte i stellesituasjoner, slik at beboere har hatt tydelige blåmerker etterpå. Malmedal betegner dette som fysiske overgrep. I forbindelse med fysiske overgrep, har Malmedal også tatt for seg psykiske overgrep. Informantene beskriver ulike hendelser fra sykehjemmet hvor personalet har framprovosert reaksjoner hos pasienter som personalet synes er morsomt, for deretter å le av dem. Videre kommer det frem at dører blir låst for at pasientene ikke skal stikke av, noen ganger mer enn nødvendig, mener en av informantene.

Dette begrunnes med at det er begrenset med ressurser og tid for å passe på urolige pasienter. (Malmedal, 2010).

Forskning viser at å hjelpe pasienter med demens med personlig hygiene kan være en utfordring. Grensene mellom frivillighet og tvang oppleves som uklare, og situasjoner som starter som frivillighet, ofte vipper over til tvang. Motstanden er ofte mer imot hvordan ting gjøres, enn selve helsehjelpen. Ved å etablere tillitsfulle relasjoner kan man redusere bruken av tvang. (Førde, Hem, Gjerberg, & Pedersen 2010).

3.3.1 Samtykkekompetanse

Retten til å nekte behandling er nå fastsatt i pasientrettighetsloven, og det er fastslått at pasienter skal gi samtykke til pleie og behandling. I utgangspunktet regner man enhver pasient som kompetent til samtykke, men det finnes unntak. Samtykke kan være enten uttrykkelig eller stilltiende. Man søker først og fremst uttrykkelig informert samtykke, og det vil si at pasienten får informasjon om den pleien man tilbyr, og at pasienten gir uttrykk for at denne pleien er et greit tilbud for han. I enkelte tilfeller kan det være vanskelig å innhente samtykke, og da er man nødt til å gå ut i fra et stilltiende samtykke. I følge loven kan man anta at det foreligger et stilltiende samtykke når man ut i fra at pasienten ville ha godtatt helsehjelpen. Et eksempel på dette kan være i akutte situasjoner hvor pasienten er bevisstløs. (Slettebø, 2009).

3.3.2 Velgjørenhet og ikke-skade prinsippet

I situasjoner hvor pasienter nekter for eksempel å stille seg, står sykepleiere ovenfor et dilemma om hva hun skal gjøre for pasienten. Valget står mellom pasientens autonomi, retten til selvbestemmelse, og sykepleierens plikt til å gjøre det beste for pasienten. Velgjørenhet er et gammelt prinsipp i medisinsk etikk. Tidligere var det en utbredt oppfatning at helsepersonellet visste best hva som var det riktige for pasienten. Helsepersonellet tok derfor avgjørelsene for pasienten, da de mente at det var best for pasienten. Nå i de senere årene har dette synet endret seg. Autonomiprinsippet har fått innpass i allmenmoralen, og likeså innenfor medisinsk etikk. I noen tilfeller er ikke pasienten kompetent nok til å bestemme selv, og helsepersonellet kan se at pasienten tar avgjørelser som får fatale konsekvenser at det strider mot helsepersonellens samvittighet og plikt til å hjelpe. I følge ikke-skade prinsippet har man som sykepleier plikt til å passe på at pasienten ikke blir skadet av den behandlingen sykepleieren gir pasienten.

Velgjørenhetsprinsippet går også ut på at man som sykepleier skal handle til det beste for pasienten. (Slettebø, 2009).

3.4 Yrkesetiske retningslinjer

Yrkesetiske retningslinjer bygger på FN`s Menneskerettighetserklæring. Her beskrives sykepleiens grunnlag som det etiske fundamentet for all sykepleie. Det handler om at respekten for hvert enkelt menneske og hvert enkelt menneskes liv og verdighet skal prege den sykepleien som utøves. Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekten for menneskerettighetene. Det er sykepleierens plikt å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død. Retningslinjene er et godt verktøy for å skape og øke en verdibevisst arbeidskultur. Sykepleie skal også bygge på forskning, og den enkelte sykepleier og avdeling har et ansvar om å holde seg faglig oppdatert, også i praksis. I sykepleie skal man fremme håp, livsmot og mestring, samtidig som man skal ivareta individet og gi helhetlig omsorg. Man skal respektere pasientens valg, også retten til å si ifra seg selvbestemmelse. Sykepleieren skal beskytte pasienten mot krenkende handlinger som ulovlig/unødvendig begrensning av rettigheter og bruk av tvang. Hvis det oppstår en interessekonflikt mellom pasient og pårørende skal sykepleieren se til at pasientens ønsker kommer først. Som sykepleier har man et ansvar for å veilede andre pleie- eller omsorgsfunksjoner. (Yrkesetiske Retningslinjer, 2007).

3.5 Forebyggende sykepleie

Forebyggende sykepleie vil si at man forebygger eller minsker virkningen av faktorer som virker nedbrytende for personligheten. Det er viktig at pasienten føler at han har kontroll over sitt eget liv, selv om han er fysisk- og/eller psykisk svekket. (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005).

Målet ved forebyggende sykepleie er å forhindre eller eventuelt utsette sykdomsforløpet. Dette kalles primær sykdomsforebygging. Ved å forhindre at sykdom utvikler seg ytterligere bedriver man sekundær sykdomsforebygging. Ved tertiær sykdomsforebygging ønsker man å minske sykdommens følger som kan påvirke funksjon og livskvalitet i negativ retning. (Mæland, 2005).

Andersson og Funnel (2010) hevder at medvirkning og anerkjennelse av pasientens kompetanse og maktfordeling er sentrale begreper for å fremme mestring og helse. Det finnes ulike grader av medvirkning, og selvbestemmelse kan være det ultimate formen for medvirkning. Det er viktig å vite at sykepleieren vet hva som rent faglig er best for pasienten, mens pasienten vet best når det

dreier seg om han selv. Ved empowerment ønsker man å styrke pasientens evne til å tenke kritisk, og kunne ta autonome valg. (referert i Gammersvik & Larsen, 2012).

Travelbee (1996) beskriver forebygging av sykdom eller lidelse som en del av sykepleierens praksis, som et stort ansvar og at det generelt er en del av sykepleierens funksjon. Hun mener man bør ha kunnskap om begrepet ”helse” for å kunne hjelpe individuelle mennesker til å forebygge sykdom eller lidelse. Dette for å beholde best mulig helse. Hun beskriver helse som en tilstand hvor man er psykisk, mentalt og sosialt komplett. Travelbee mener begrepet ”helse” er vanskelig å definere, da det er individuelt for hva slags syn på hva god helse er. (Travelbee, 1996).

Travelbee mener opplevelsen for mange vil være å kunne utføre hverdagslige aktiviteter på en tilfredsstillende måte, mens noen vil oppleve helse som tilfredsstillende om man er i stand til å arbeide. (Kristoffersen, 2005).

Gamle pleietrengende personer er spesielt utsatt for trusler og krenkelser av sin integritet fordi sykdom og funksjonssvikt kan stå i veien for at sykepleieren ser personen som det mennesket han eller hun er, og har vært. Eldre demente har nødvendigvis ikke kraft og styrke som gjør at han eller hun kan motsette seg andres maktbruk. (Kirkevold, 2008).

3.5.1 Tillitskapende tiltak

Begrepet kommunikasjon betegnes som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. I de norske yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det at grunnlaget for all sykepleier bygger på respekten for den enkeltes menneskeliv og verdighet, og at sykepleie baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt. Dette innebærer å beskytte andre mot skade, og bidra til å bestyrke den andre til å ivareta egen helse og bruke sine egne ressurser. (Eide & Eide, 2007).

Etisk kommunikasjon deles opp i tre sentrale etiske utfordringer. Den første er spørsmålet om hvordan man bør forholde seg til de man kommuniserer med, pasienter, pårørende, kolleger eller andre. Mennesket er et sårbart vesen, og enhver har som en følge av dette et moralsk ansvar for å opptre hensynsfullt overfor andre. For helsearbeidere får dette ansvaret preg av en moralsk plikt, fordi det blir forventet at man setter egne behov til side for å kunne opptre hjelpende overfor

andre mennesker. Det andre spørsmålet er om rettferdighet, om hvordan tid, ressurser og andre goder bør fordeles. (Eide & Eide, 2007).

I helsevesenet vil man stadig oppleve at prioritering mellom pasienter, behandlingsopplegg og retningslinjer peker i forskjellige retninger. Ofte ser man på rettferdighet som et spørsmål om lik behandling. Rettferdighet er ikke å behandle alle likt, men å behandle like tilfeller likt og ulike tilfeller ulikt, der det er fornuftig. Det tredje spørsmålet er hvordan man som helsearbeider kan tenke etisk i praksis. Etisk refleksjon er viktig for at beslutningene man tar skal være så gode og velbegrunnede som mulig. Det er også viktig for at dem som hjelper skal kunne føle seg trygg i sin rolle og fremstå med faglig integritet og tyngde i møte med pasienter og pårørende. (Ibid.).

Pasientrettighetsloven kapittel 4A tilsier at tillitskapende tiltak skal prøves før det fattes vedtak om tvang. Ved et sykehjem i Sør-Fron kommune har helsepersonell et stort fokus på å forebygge uro med å skape ro. Mye av omsorgen som gis til pasientene ligger i tilstedeværelse, ro og trygghet fra de ansatte. Da kreves det kunnskap om kommunikasjon ovenfor sårbare pasienten. For avdelingen er loven viktig fordi den klargjør grensene for hva som er tvang, og den skaper bevissthet i arbeidet til personalet. Avdelingen har mange nok ansatte, men det alene er ikke nok for å forebygge uro og bruk av tvang. Sykepleieren beskriver de ulike tillitskapende tiltak som er viktige, som de bruker. Eksempler på disse er stabil arbeidskraft hvor de ansatte og beboerne kjenner hverandre, og ansatte som har evne til å skape rolige og trygge omgivelser. Det vil også ha betydning at en del av de ansatte har videreutdanning i demens og psykiatri. Små enheter hvor man unngår gjennomgangstrafikk av andre beboere og ansatte bidrar til rolige omgivelser. De ansatte har gode holdninger og de beskriver uro som lettere å forebygge enn å behandle. (Kvaal, 2010).

For å skape tillit må man bli kjent med pasienten. Da kan man øke medvirkningen og skape et godt samarbeid. Ved å finne ut hva som gjør at pasienten viser motstand, kan man prøve nye tiltak og finne måter å unngå tvangsbruken. For å få til dette må pasienten ha kunnskaper om hvorfor helsehjelpen gis, og få tid til å venne seg til tiltaket. På systemnivå kan tillitskapende tiltak være god internkontroll, god arbeidskultur, fokus på verdigrunnlag, og rom for tilegning av kunnskaper og faglige refleksjoner. (Smebye & Haugan, 2010).

4DRØFTING

I dette kapittelet vil vi drøfte hvordan sykepleieren kan forebygge bruk av tvang hos pasienter med demens. Teori fra pensum og forskning blir drøftet opp mot hverandre og egne erfaringer. Drøftingen inneholder diskusjoner hvor man ser en sak fra ulike sider, og skal ta for seg tema, granskes og diskuteres for å komme fram til et svar på problemstillingen. (Dalland, 2007). Drøftingen inneholder diskusjon, refleksjon og tiltak som kan benyttes for å forhindre bruk av tvang i stellsituasjon, av pasienter med diagnosen demens.

4.1 ”Min kropp, mitt liv”

Demens er en kronisk sykdom som ofte forverres over tid. (Hummelvoll, 2004). Noen lider av lette demenstilstander, og er klar og orientert ved noen tilfeller, mens andre ganger er det mer uklart, og det er mer behov for tilrettelegging og veiledning. Noen pasienter er totalt pleietrengende, og har liten evne til å medvirke i beslutninger rundt egen pleie. Helse og funksjonsnivå påvirker i stor grad pasientens opplevelse av livskvalitet. (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2008). Siden demens ikke kan behandles i en slik grad at den blir bedre eller forsvinner, vil tertiær sykdomsforebygging være essensielt i sykepleien. Sykepleieren kan legge til rette for pasienten, og styrke ressursene pasienten innehar, slik at følgene av demenssykdommen minskes, og funksjon og livskvalitet styrkes. (Mæland, 2005).

Kroppen som objekt er ofte utgangspunktet for sykepleie-handlingen. Man må samtidig engasjere seg og være oppmerksom på pasientens reaksjoner og opplevelser. Kroppen blir da ikke bare sett på som et objekt, men som et uttrykk for pasientens opplevelse og identitet. Som sykepleier kan man ikke samhandle kun på bakgrunn av fagkunnskap. Man må møte pasienten sansende og nært. Sykepleierens tilnæringsmåte må derfor være individuell. Dette forutsetter at man kjenner pasienten både som den personen han/hun er nå, og den personen pasienten har vært. (Brodtkorb, 2008). Denne tilnæringsmåten kommer også frem i artikkelen til Kvaal (2010), hvor det blir tatt hensyn til personlig terskel for hygiene. I denne sammenheng beskriver også Travelbee (1996) viktigheten av ikke å se på ”pasienten” som en et objekt. Hun hevder at man bør tilpasse sykepleien til hver enkelt person, da alle mennesker har forskjellige behov, og det er viktig at man som sykepleier tar hensyn og ivaretar den enkelte pasientens ønsker. (Travelbee, 1996).

Travelbee mener kommunikasjon er en dynamisk prosess og et instrument i sykepleiesituasjoner. Hennes perspektiv av kommunikasjon er at det først og fremst er et middel for å opprette menneske – til – menneske - forholdet, som igjen er et middel for å realisere sykepleiens formål.

Hun mener kommunikasjon er et middel til å bli kjent med pasienten, forstå og møte pasientens behov, og hjelpe vedkommende til mestring av sykdom, lidelse og ensomhet. (Travelbee, 1996).

Pasienten har rett til å medvirke i all helsehjelp, og rett til å være med å velge hvilke behandlingsmetoder som skal brukes i helsehjelpen. Dersom pasienten har svekket evne til å motta informasjon, skal denne informasjonen tilpasses den enkeltes evner. Dersom pasienten er dement, og ikke har samtykkekompetanse, har pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten. Ønsker pasienten at andre skal være tilstede da helsehjelpen utføres, skal dette ønsket som hovedregel imøtekommes. (Pasientrettighetsloven, 2011)

Travelbee hevder at ved å samtale med pasienten, føler pasienten seg bekreftet, samtidig som han/hun stimuleres til å fortelle mer. Hun beskriver dette som en metode som skaper kontakt og tillit, og styrker relasjonen og grunnlaget for videre samarbeid. Ved å se på pasienten som et enkeltindivid, og ikke som en pasient, unngår vi å se på pasienten som en del av en stereotyp gruppe - i dette tilfellet eldre demente. Hver enkelt person har sitt eget liv, og sin egen opplevelse av sin sykdom eller lidelse. (Eide & Eide, 2007).

Pasientrettighetsloven (2009) krever av pleiepersonell at tillitsskapende tiltak skal prøves før vedtak om tvang blir fattet. Det kommer frem at loven er viktig for å sette grenser og bevisstgjøre rundt tematikken i sykehjem. Tillitsskapende tiltak bidrar til å redusere uro, og forhindre bruken av tvang. Ved å opptre rolig i tilstedeværelsen, bidrar det til trygghet fra de ansattes side. Det er viktig å tilstrebe stabil arbeidskraft slik at beboere og ansatte kjenner hverandre. Ved å ha små avdelinger og forhindre gjennomgangstrafikk av andre ansatte og beboere skaper man ro i avdelingen. Tillitsskapende tiltak krever også gode holdninger hos de ansatte.

Det er lettere å forbygge uro enn å behandle den når den først har oppstått. Det kan være hensiktsmessig å roe ned aktiviteten i avdelingen ved å la pasienten ligge lengre om morgenen hvis det er ønskelig, eller vente noen dager med den ukentlige dusjen. Det handler om å se ulikheter i mennesker, og respektere deres syn på hva som er viktig etter et langt liv. (Kvaal, 2010).

Det kreves god kommunikasjon og gjensidig forståelse for å være bedre forberedt selv, og forberede pasienten på hva som skal skje før man starter tiltak. Da kan pasienten oppleve mer delaktighet, kontroll og frivillighet. Det legges da et godt grunnlag for å forhindre bruken av tvang. (Førde et al. 2010).

Ved bruk av tvang hos den demente pasienten vil dette kunne påføre pasienten psykiske skader. Pasienten kan for eksempel kan oppleve daglig morgenstell som både et psykisk og fysisk overgrep. Pasienten blir usikker, og sjansen er større for at han motsetter seg stell. (Malmedal, 2010). Ved demens blir den mentale kapasiteten svekket. Dette kan føre til dårlig språk, hukommelse og læreevne. (Hummelvoll, 2004). På bakgrunn av praksiserfaringer har man sett at den demente pasienten ofte blir redd og usikker i stellsituasjoner.

Pasienten kan føle det som et stort overgrep om pleiepersonell går rett inn på rommet, drar fra gardinene, og drar av pasienten dyna. Muligheten er tilstede for at pasienten ikke kjenner seg igjen på sitt eget rom, og det er slett ikke sikkert at pasienten kjenner igjen sykepleieren. For å unngå at pasienten blir redd og motsetter seg all samhandling, bør man være forberedt og bruke god tid. Det er hensiktsmessig å opptre rolig, håndhilse på pasienten og fortelle hvem man er og hvorfor man har kommet. (Berentsen, 2008).

Kvaal (2010) minner om at ikke alle eldre liker å stå opp tidlig om morgenen, eller dusje presis en gang i uken. De som bor i sykehjem kan ha en helt annen terskel for livskvalitet og renslighet og gode dager enn det en sykepleier har. (Førde et al. 2010; Smebye & Haugan, 2010). For pasienten vil dette bety og kunne ta selvstendige avgjørelser, selv om evnen til å forstå konsekvensene ikke er tilstede. (Berentsen, 2008).

En viktig årsak til at den demente pasientens integritet krenkes, er fordi helsepersonell ikke ser og anerkjenner den enkelte pasientens personlighet, men behandler pasienten som en sykdom, eller diagnose. Personen bak demensen "forsvinner". Dersom pasienten ikke får utøve selvbestemmelse innenfor de evnene den enkelte har, trues integriteten ytterligere. Ofte må pårørende tale pasientens sak. Det kan også oppleves krenkende dersom personalet opptrer som om de kjenner pasientens behov bedre enn pasienten selv. Opplevelsen av det personlige rom er individuelt, og det kan endres ved alder og sykdom. Det personlige rommets grenser må respekteres av andre. Personlige grenser er tett knyttet til kroppslig integritet, og krenkelser kan

oppleves ved stellesituasjoner. En kvinnelig pasient kan også føle seg truet om en mannlig sykepleier utfører personlig stell hos henne. (Kirkevold, 2008).

I studien av Malmedal (2010) sies det at ved å la pasienten bestemme selv når daglige gjøremål som å stå opp, legge seg eller spise skal skje, er det ofte vanskelig å la seg gjøre på grunn av sykehjemmets rutiner. Hvis pasienten ikke ønsker å dusje, må han/hun da vente til neste mulighet som gjerne er om 14 dager. (ibid.). Avdelingssykepleier Træet mener derimot at man kan tilpasse seg, og la pasienten vente med den ukentlige dusjen i et par dager. Dette fordi terskelen for renslighet ikke nødvendigvis er den samme hos eldre mennesker, som hos sykepleieren. (Kvaal, 2010).

I vår kultur er det viktig å føle at man har kontroll over seg selv, og mestre sin egen livssituasjon. En dement pasient kan føle mangel på kontroll, svakhet og redusert mulighet for å føle mestring, noe som kan skape angst. (Kristoffersen, et al. 2005). Praksiserfaringer tilsier at den demente pasienten er ekstra sårbar og følsom dersom følelsen av kontroll ikke er til stede. Pasienten er hjelpeløs og stiller ofte spørsmål, og det er da viktig at man tar seg tid til å snakke med pasienten og forklarer hva man gjør til enhver tid. Man må ta hensyn til at pasientens kognitive evner er svekket, og man må kunne se hver person som et enkelt individ, som et unikt menneske, med ulike behov, sier Travelbee (1996).

I en undersøkelse av sammenhengen mellom nedstemthet hos pårørende og endringer i personlighet og væremåte hos personen de var pårørende til, viste det seg at det var klare sammenhenger. (Engeland & Haugen, 2006). Som sykepleier er dette viktig å ha kunnskap om for å kunne utføre sykepleie på en personlig og individuell måte. (Engeland & Haugen, 2006; Travelbee, 1996).

Det er viktig i sykepleien å ha pasienten i fokus, og sette seg inn i pasientens subjektive forståelse av demens. Når en tar seg tid til samtale med pasienten, og får god kontakt med han eller henne, vil man erfare at personer med demens opplever sin egen svikt og ensomhet. Erfaringer fra institusjoner viser at personer med demens, selv om de er sterkt reduserte, bevarer deler av sin personlighet og fortsetter å være mennesker med stolthet og behov for å være

selvstendig i daglige gjøremål. Spørsmål om fremtid og hvordan livet vil arte seg for en selv og de nærmeste er ofte en del av hverdagen for personer med demens, og bekymringer, frykt, sorg, tap, depresjon og tap av selvrespekt. (Engeland & Haugen, 2006).

4.1 Den "lille" tvangen.

Noen ganger kan det være riktig å bruke tvang for å gi helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motstår seg hjelpen. Før det nye kapittelet i pasientrettighetsloven kom, hendte det at denne pasientgruppen ikke fikk den helsehjelpen de hadde behov for, eller at det ble utført ulovlig bruk av tvang. De to avgjørende forutsetningene for anvendelse av vedtak om tvang er en vurdering av samtykkekompetanse og utprøving av tillitsskapende tiltak. Målet er å bruke faglig gode tilnærminger, samtidig som man gir omsorg. (Smebye & Haugan, 2010).

Som sykepleier står man pasienten på en svært nær måte. Man har kontakt med pasienten hver dag gjennom hele døgnet, og man hjelper pasienten med de mest intime ting, som for eksempel personlig hygiene. Pasienten er da i en sårbar situasjon, og i tillegg vil sykdommen gjøre pasienten enda mer sårbar og avhengig av hjelp. Ved å utføre sykepleie på en forsvarlig måte, er man nødt til å respektere pasienten og dens bestemmelsesrett, og fremme det beste for pasienten. (Slettebø, 2009). Ved å respektere pasienten som enkeltindividet han eller hun er, og anerkjenne personens identitet og selvforståelse, kan sykepleieren ivareta pasientens personlige integritet. Det handler om å bli kjent med den demente pasientens personlige opplevelse av hva som er viktig, og gjøre vurderinger og valg i hensyn til dette. (Kirkevold, 2008; Travelbee, 1996). Den demente pasientens hjelpeløshet forsterkes av at han eller hun har problemer med å huske, og med å uttrykke sine egne behov og ønsker. Dette kan utspille seg i forvirring og aggresjon, og skape mistillit ovenfor personalet. Det er viktig å ivareta pasientens behov for personlig stell, men det er utfordrende for pleiepersonalet når pasienten motsetter seg dette. Forskning viser at man bør unngå diskusjoner og konfronterende kommunikasjon, mangel på respekt for pasientens følelser og uttrykkelse av å ha dårlig tid da dette bidrar til aggresjon. Ikke å bruke tvang som å holde fast pasientens arm eller hånd, reduserer aggresjon. Ved at pleierne har kunnskaper om ulike tillitsskapende tiltak kan man bidra til å styrke kvaliteten på omsorgen. (Førde, et al. 2010).

Samtidig vil utfordringen være å ivareta pasientens autonomi. Slettebø (2009) beskriver autonomi som respekt for medbestemmelsen, og at denne kan gis eller begrenses, men ikke autonomien i seg selv. Når man blir behandlet under tvang blir man fratatt selvbestemmelsesretten til å fatte autonome avgjørelser. Men man kan likevel ha en autonom

vilje. Personalets forståelse av begrepet autonomi kan være sentralt i møte med pasienter i en avhengig og sårbar posisjon. (Ibid.).

Til og med i sykehjem opplever pasienter at de noen ganger ikke får den hjelpen de trenger. I denne delen av eldreomsorgen har maktbruk, krenkelser og tvang blitt avdekket. Det er en utfordring for helsevesenet å utøve pleie, omsorg og behandling på en måte som ivaretar den enkeltes autonomi på en verdig måte. Pasienten vil føle seg mer ivaretatt og respektert, om pasientens ønsker og valg blir respektert av sykepleieren. (Kirkevold, 2008).

Smebye og Haugan (2010) trekker frem de psykiske og fysiske påkjenningene som pasienter i sykehjem utsettes for i hverdagen, noe de fremstiller som overgrep. I deres studie kommer det frem at flere av helsepersonellet som har deltatt i undersøkelsen hevder at de daglig utsetter pasientene for både psykiske og fysiske overgrep. Dette ved å fremprovosere reaksjoner fra pasientene, som helsepersonellet synes er morsomt. (Smebye & Haugan, 2010).

På Sørheim sykehjem forbygges uro med ro. På den skjermede enheten er det få pasienter, og de ansatte som jobber der er fast ansatte. Pasientene har da færre ansikter å forholde seg til. Ved å la pasienten ta egne valg med tanke på daglige rutiner som for eksempel når de skal stå opp, unngår de agitasjon. Avdelingssykepleier understreker at de unngår å bruke makt i avdelingen på grunn av slike tiltak. (Kvaal, 2010).

Før morgenstellet kan man fortelle pasienten hvilken dag det er, og hvor man befinner seg. Det lønner seg å spørre pasienten om han/hun ønsker å ha gardinene trukket fra, og la pasienten selv bestemme. (Berentsen, 2008). Medvirkning og anerkjennelse av pasientens kompetanse har stor betydning for sykepleierens funksjon, og for samarbeid og samhandling med pasienten.

Andersen & Funnel (2010) sier at medvirkning fra pasienten kan bety at man spør og lytter til pasienten, og at han/hun blir tatt på alvor. Ved at pasienten deltar i beslutningsprosesser, har både pasient og sykepleier makt. (Gammersvik & Larsen, 2012). Studien av Tveiten og Meyer (2009) viser derimot at det er letter sagt enn gjort å legge til rette for medvirkning, og omfordeling av makt. En av årsakene kan være at sykepleieren har en lang tradisjon for å tenke at "vi vet best", og at vi har makt i form av beslutningsmyndighet, posisjon og kunnskap. (Gammersvik & Larsen, 2012).

Man kan fortelle pasienten at man er der for å gi den hjelpen pasienten trenger. Man bør være oppmerksom på hvordan pasienten reagerer. Det er lurt å gi pasienten en beskjed om gangen, slik at han/hun klarer å holde oppmerksomheten på det som gjøres. Medvirkning er viktig. Ved å ta i bruk pasientens ressurser, og la pasienten gjøre det han klarer selv, for så å gi ros, styrker man pasientens mestringsfølelse. (Berentsen, 2008). Ved å bruke empowerment kan sykepleieren dele kunnskaper og ressurser med pasienten, slik at han/hun styrker egne ressurser, uavhengighet og tro på seg selv. (WHO, 1986). Det er pasienten som er eksperten på seg selv. Sykepleieren er eksperten på det faglige. (Gammersvik & Larsen, 2012).

Det er forsøkt å oversette ordet empowerment mange ganger. Ord som er forsøkt er for eksempel myndiggjøring, medvirkning, bemyndigelse eller egenmakt. Styrke, makt og kraft er ord som appellerer veldig. Vi vil gjerne ha innflytelse og kontroll over vårt eget liv. Ordet empowerment er også forbundet med egenskaper og fenomener som selvstyre, rettigheter, selvtillit og sosial støtte. Begrepet understreker betydningen av å ha medbestemmelse og kontroll i eget liv. (Gammersvik & Larsen, 2012).

Velgjørhetsprinsippet bygger på pleierens plikt til å handle til pasientens beste, uavhengig av pasientens autonome vilje. Dersom man velger å la pasientens bestemme selv, strider dette mot pleierens samvittighet og plikt til å gjøre hva som er til pasientens beste. Velgjørhet vil si at man vil forebygge onde eller skade. Man bør fjerne ondet og fremme det gode. (Slettebø, 2009). Denne utfordringen møter vi i praksis da en pasient ikke vil ha hjelp til for eksempel personlig hygiene, og sykepleieren vet at unnlattelse av stell kan føre til komplikasjoner.

Som sykepleier har man plikt til å forhindre at behandlingen som blir utført ikke er til skade for pasienten. Både velgjørhet og ikke-skade prinsippet blir ofte omtalt under ett, fordi de begge prinsippene baseres på at sykepleien som blir utført er til det beste for pasienten. Det diskuteres om det er moralsk forskjell på en aktiv handling, og unnlattelse å gjøre handlinger, i forbindelse med ikke-skade prinsippet. Det sies at det er moralsk mindre klanderverdig å utføre en aktiv handling enn å unnlate å utføre handlingen. Det vil si at sykepleierens plikt til å gjøre det gode ikke er like sterk som plikten til ikke å skade. (Slettebø, 2009).

Et synspunkt fra en sykepleier: "Vi tvinger ikke en pasient til å dusje, liksom, men er det så på grensen at det lukter både svette og urin, så er det på en måte litt tvang, det også." (Førde et al. 2010). For at sykepleieren skal kunne fordele makt mellom seg og pasienten, må sykepleieren først erkjenne den makten han eller hun faktisk har ovenfor pasienten. Ved å informere pasienten om det som skal foregå, gis pasienten makt i form av kunnskap og evne til å beslutte om pasienten ønsker å ta imot sykepleien. Er ikke pasienten i stand til å trekke beslutninger, er makten hos sykepleieren. Da er det viktig at makten er målrettet. Sykepleieren må vite hvorfor handlingen er viktig for pasienten. Det er verken noe negativt eller positivt med makt. Det som er viktig er hvordan man bruker makten man har. (Slettebø, 2009).

Pårørendes opplevelse av bruk av tvang er individuell på grunn av ulike kunnskaper og individuelle verdier. Travelbee (1996) beskriver viktigheten av å tilpasse sykepleie etter det individuelle menneskets behov, og man må derfor ta seg tid til å lytte til både pasienten og de nærmeste pårørende. Pårørende er de som står pasienten nærmest, og kan være en viktig kilde for å få rede på hva pasientens ønsker er, dersom de ikke har mulighet for å uttrykke sine egne ønsker og behov selv.

Tillitsskapende tiltak på individ nivå innebærer å bli kjent med pasienten. Da trenger man bakgrunnsinformasjon og kunnskap om hvordan man kan få til et samarbeid. Dette er en forutsetning for individualisert sykepleie, og for å kunne legge til rette for medvirkning slik at pasienten kan delta mest mulig i det som skal skje. (Smebye & Haugan, 2010).

Det er nødvendig at de ansatte har kunnskap om pasientens situasjon, og de må tåle å høre de samme setningene eller fortellingene repetert gjerne flere ganger om dagen. Man må se nytten av og hjelpen i å sette seg ned med pasienten og gjerne bare å være tilstede sammen med han/henne store deler av arbeidsdagen. Selv om det er rolig i avdelingen kan pasienten få stimulering gjennom sang og høytlesning, måltider, sansehage, og andre enkle aktiviteter. (Kvaal, 2010). Det er viktig å kartlegge årsaker til motstand. Da kan man tilrettelegge sykepleien slik at man finner nye veier å gå rundt motstanden. Det kan være gunstig å gi pasienten tid til å venne seg til tiltaket, og tid til å forstå hvorfor helsehjelpen bør gis. (Smebye & Haugan, 2010). For å unngå konflikter og bruk av tvang trekker personalet seg unna situasjoner som begynner å spisse seg til. De kan heller komme tilbake i et senere tidspunkt, eller la en annen pleier overta. (Kvaal, 2010).

Smebye og Haugan (2010) henviser til en engelsk studie av Barnett (2000) som beskriver pleierens evne til å fange opp relativt svake signaler fra pasienten, noe som førte til at de ga hjelp på pasientens premisser i større grad. Dette økte pasientens velvære. Signalene fra pasienten kan være både verbale og kroppslige tegn på hvordan pasienten opplever situasjonen. (referert i Smebye og Haugan, 2010).

Smebye og Haugan hevder at man i Pasientrettighetsloven Kapittel 4A i verste fall kan legitimere unødvendig bruk av tvang for å løse ressurs- og bemanningsbehov. For eksempel oppleves det at pasienter med urolig adferd ikke blir henvist til utredning i spesialisthelsetjenesten, hvor de istedenfor blir tvangsmedisinert. (Smebye & Haugan, 2010).

Praksiserfaring tilsier at slike situasjoner ofte oppstår. Man kan spekulere i om tvangstiltak av en slik art er til pasientens beste. Det er uklart om tiltakene utføres på grunn av mangel på ressurser, eller fordi det er en enkel løsning på problemet. Travelbee (1996) hevder at sykepleierens oppgave er å skille mellom egne og pasientens behov, og ikke utføre sine egne behov på pasienten. Det kommer stadig opp slike etiske problemstillinger i praksis.

Et eksempel på dette kan være da pasienten ikke ønsker å vaske seg. Sykepleieren kjenner at pasienten lukter sterkt av svette, og ønsker å dusje pasienten. Vi kan stille oss spørsmålet om pasienten er ubekvem på grunn av den dårlige lukten. Eller ønsker sykepleieren å dusje pasienten for selv slippe å kjenne lukten? Da er fokus for sykepleien pårørende eller sykepleieren selv. Barbosa da Silva (2006) mener at vi skal yte best mulig pleie og omsorg uten å utslette oss selv. Derfor er det vårt ansvar og vår etisk og juridiske plikt til å melde om slike forhold. Vi må være etisk bevisst og unngå etisk egoisme. Ved å sette seg inn i pasientens situasjon, kan man lettere reflektere over hva som er til pasientens beste.

Det finnes tillitsskapende tiltak på system nivå. Disse tiltakene kan omfatte et bra system for internkontroll. Ledelsen har et ansvar for å tydeliggjøre hva som er avdelingens verdier, og hva som prioriteres i pleien. Hvilken arbeidskultur avdelingen har, er avgjørende for hvilken kvalitet det er på kontakten mellom pasient og sykepleier. Det er viktig med faglig refleksjon og kompetanseutvikling for å unngå vilkårlige variasjoner i skjønnsmessige vurderinger. Ved å drøfte og reflektere kan man øke bevisstgjøringen. Det er viktig å holde oversikt over bruken av

tvang, og ved mangel på ressurser kan det forekomme mer bruk av tvang. Ved dokumentasjon kan dette være et argument for å øke ressursene på arbeidsteden. (Smebye & Haugan, 2010).

4.3 Gjøre det som er riktig

Dersom pasienten er helt avhengig av sykepleie og er sterkt hjelpetrengende, er pasienten avhengig av at sykepleieren tar de beslutninger som er til det beste for pasienten. I dette handlingsvalget ligger det mye makt. (Brinchmann, 2005). Hensikten med lovhjemmel er å bedre pasientens rettssikkerhet, og at tvang ikke skal brukes uvilkårlig etter den enkelte sykepleiers skjønn. (Slettebø, 2008)

I følge Yrkesetiske Retningslinjer(2007) er grunnlaget for all sykepleie respekten for den enkeltes liv og verdighet. Man utøver sykepleie basert på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og kunnskapsbasert praksis. Ved å tilpasse informasjon og sikre seg at informasjonen er forstått, fremmer man pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser. Sykepleieren må erkjenne egen profesjonsmakt i møte med pasienten og nære pårørende sin sårbarhet. Sykepleierens profesjonsetiske ansvar omfatter mennesker i alle livsfaser fra begynnelsen til slutten av livet.

Yrkesetiske Retningslinjer (2007) har valgt å beholde betegnelsen "pasient" fordi det er den beste benevnelsen for de som søker helsehjelp, og fordi helselovene klart benevner de som gis eller tilbys helsehjelp, som pasienter.(Ibid.)

Travelbee(1996) mener derimot at pasientbetegnelsen ikke bør brukes fordi "pasienten" blir sett på som en karakter, og at det er viktigere å forholde seg til "menneske til menneske" istedenfor sykepleier og pasient rollen. (Travelbee, 1996).

Ved mangel på samtykkekompetanse trer pasientrettighetsloven kapittel 4A inn. Dette for å forhindre vesentlig helseskade, yte nødvendig helsehjelp, og forebygge og forhindre bruk av tvang. Loven krever at man må forsøke tillitsskapende tiltak før helsehjelpen kan gjennomføres med tvang eller andre tiltak for å omgå motstand hos pasienten.

Bruk av tvang skjer oftere enn dokumentasjonen tilsier. Undersøkelser viser at helsepersonell på sykehjem har liten kunnskap om lovverket. Resultatet av mangel på kunnskap, eller unngåelse av å reagere på slike handlinger, er at det på mange sykehjem brukes tvang uten at det fattes vedtak. (Dolonen, 2012).

Christensen har sin 93 år gamle tante på sykehjem, og hun sitter i pårørendegruppen på sykehjemmet i Vestnes. Hun understreker viktigheten av at vedtak fattes før tvangstiltak benyttes. Denne gruppen med pårørende har nettopp fått vite resultatet av en undersøkelse gjort av Helsetilsynet. Pårørendegruppen er rystet over hvor mye tvang som blir benyttet uten vedtak. Undersøkelsen som ble gjort i Vestnes viste at hele 16 pasienter ble utsatt for tvangstiltak uten at det var fattet lovlig vedtak. (referert i Bakke, 2011).

Det må ligge flere kriterier til grunn før man kan fatte vedtak om tvang. Pasienten må være over 16 år og ikke samtykkekompetent. Pasienten må motsette seg helsehjelp som sykepleieren ser på som nødvendig. Dersom pasienten fortsetter å motsette seg helsehjelp etter at tillitsskapende tiltak er forsøkt, kan det treffes vedtak om helsehjelp dersom unnlattelse av helsehjelp kan føre til vesentlig skade hos pasienten. Tiltakene som fattes må stå i forhold til behovet for helsehjelp. Vedtak om tvungen helsehjelp som innebærer alvorlige inngrep for pasienten, fattes av den som er ansvarlig for helsehjelpen i samråd med annet kvalifisert helsepersonell. (Pasientrettighetsloven, 2009).

Det viser seg at Pasientrettighetslovens kapittel 4A er en utfordring helsepersonell å forholde seg til praksis. Det er behov for bedre kunnskaper om hvilke kriterier som ligger til grunn for tvangsvedtak. I 2009 tilfredstilte kun 10 av 68 vedtak fra Østfold Fylke lovens krav. Det var tvil om hvem som skulle fatte vedtakene, og hvem som skulle stå ansvarlig for å yte helsehjelpen i de enkelte tilfellene. Tvang kan oppleves som skremmende for den demente pasienten uten samtykkekompetanse, da pasienten ikke har forståelse for hva som foregår. (Smebye & Haugan, 2010).

5 KONKLUSJON

Oppgaven beskriver hvordan sykepleieren daglig kommer opp i etiske dilemma i samhandlingen med den demente pasienten. Studier viser at bruk av tvang i norske sykehjem er utbredt. Årsaken til dette er ofte mangel på ressurser og kunnskap. (Smebye & Haugan, 2010; Dolonen, 2012; Malmedal, 2010).

Det kan oppstå konflikt mellom pasientens autonomi og sykepleierens profesjonelle plikt til å yte hjelp. Evnen til å gjenkjenne et etisk dilemma og løse det på en tilfredsstillende måte er viktig for sykepleieren. Man må være etisk bevisst i behandling og omgang med pasienter. (Brinchmann, 2005).

Pasienter med demens i sykehjem er sårbare, noe som gir dem en følelse av å mangle kontroll over egen situasjon. Deres hjelpeløshet forsterkes av at de har problemer med å huske, og med å uttrykke og fastholde egne behov og ønsker. (Førde et al. 2010). Det er viktig å se på pasienten som et enkeltindivid. Alle mennesker kan ha forskjellige behov som man må ta hensyn til. Man trenger bakgrunnskunnskaper om pasienten, både hvordan pasienten har levd livet sitt tidligere, og hvordan pasienten er nå. Dette for å vite hvordan man kan gi sykepleien på best mulig måte, og tilpasse pleien til den enkelte. (Travelbee, 1996; Smebye & Haugan, 2010; Malmedal, 2010). Sykepleien som utøves er formet av sykepleierens holdninger og verdier, samt kunnskaper.

Det er mangel på kunnskap om regelverk og retningslinjer rundt bruken av tvang i sykehjem. Mange vet ikke hvor grensene ligger mellom frivillighet og tvang, og utfører derfor handlinger som ikke er i henhold til lovverket. (Smebye & Haugan, 2010; Førde et al. 2010). Dette viser at man må ha mer kunnskaper om kriteriene for å fatte vedtak.

Samtidig ser vi at helsepersonell trenger mer kunnskap om hvordan man kan forebygge eller forhindre tvangsbruken. I følge Pasientrettighetsloven(2009), skal tillitsskapende tiltak være forsøkt før det fattes vedtak om tvang. Tiltak kan være både på personnivå og systemnivå. En andel av tiltakene på personnivå fremstår som enkle tiltak. Likevel ser det ut som at tiltakene faller bort på grunn av mangel på ressurser. (Smebye & Haugan, 2010).

6 LITTERATUR

- Bakke, P. (2011). Flere tusen demente utsettes for ulovlig tvang. Lokalisert på:
<http://tv2.no/nyheter/innenriks/helse/flere-tusen-demente-utsettes-for-ulovlig-tvang-3502839.html>
- Barbosa da Silva, A. (2006) *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Brinchmann, B. S. (2005). *Etikk i sykepleien*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dolonen, K.,A.) (2012)Tvang uten vedtak. *Sykepleien*.
Lokalisert på: <http://www.sykepleien.no/nyhet/846245/tvang-uten-vedtak>
- Gammersvik, Å. & Larsen, T. (2012) *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Engedal, K., Kirkevold, Ø., Eek, A. & Nygård, A-M. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. (2001).
- Engeland, K & Haugen, P.K. (2006). *LÆREBOK demens. Fakta og utfordringer*. Forlaget Aldring og Helse.
- Førde, R., Hem, M. H., Gjerberg, E., & Pedersen, R. (2010) Sykepleie I grenselandet mellom frivillighet og tvang. *Sykepleien*. DOI: 10.4220/sykepleienf.2011.0007

Halvorsen, K. (2010) *Grunnbok i helse- og sosialpolitikk*.4. utg. Universitetsforlaget.

- Helse- og Omsorgsdepartementet St.Meld. Nr 45. (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening*. Lokalisert på: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-/2.html?id=200881>

- Helse- og Omsorgsdepartementet St. Meld. Nr 45. (2002-2003) *Betre kvalitet til dei kommunale pleie- og omsorgstenestene*
Lokalisert på: <http://www.regjeringen.no/nn/dep/hod/Dokument/proposisjonar-og-meldingar/stortingsmeldingar/20022003/stmeld-nr-45-2002-2003-/2.html?id=197247>

- Helsepersonelloven (2011) LOV-1999-07-02-64. §4. (2011) Lokalisert på: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-002.html>

Hummelvoll, J.K. (2004) *HELT –ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk 6. Utgave 2004. 5. Opplag 2010. Kap 13.

- Justad, B. (2000) *Fra arbeidsledighet til knapphet på arbeidskraft*. Samfunnsspeilet nr 4. Publisert av Statistisk Sentralbyrå.
Lokalisert på: <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200004/4.shtml>

Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A., H. (2008) *Geriatrisk Sykepleie –God omsorg til den gamle pasienten*. (Berentsen kap28)

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A.(2005) *Grunnleggende Sykepleie*, Bind 3& 4
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

- Kvaal, B. (2010) *Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse*. *Demensinfo.no*
- Malmedal, W. (2010). Det som ikke burde skje – en kvalitativ studie om overgrep og krenkelser i sykehjem. *Geriatrisk Sykepleie. Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens*. Lokalisert på: https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/759628/Geriatrisk%20Sykepleie%201_2010.pdf

- Mekki, T.E. & Pedersen, S. (2004). *Sykepleieboken 1 –Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Akribe
- Mæland, J.G. (2005) *Forebyggende Helsearbeid i teori og praksis*. Universitetsforlaget. Norsk Sykepleierforbund. (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Lokalisert på:
<https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/113944/NSF%20yrkesetisk%20nettversjon.pdf>
- Pasientrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. §4A. (2009). Lokalisert på:
<http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-063-005.html>
- Pasientrettighetsloven. LOV-1999-07-02-63. §3. (2011).
Lokalisert på: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-063-003.html>
- Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og Etikk*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Smebye, K.L., & Haugan, K. (2010). Innføring av pasientrettighetsloven kapittel 4A om bruk av tvang – Erfaringer fra østfold. *Geriatrisk Sykepleie. Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens*. Lokalisert på:
https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/759628/Geriatrisk%20Sykepleie%201_2010.pdf
- Statistisk Sentralbyrå. (2011). *Befolkning*.
Lokalisert på: <http://www.ssb.no/befolkning/>
- Travelbee, J. (1996). *Interpersonal Aspects of Nursing*. F.A Davis Company.
- WHO (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, World Health Organization.
Lokalisert på: http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/798A711D-DC30-4E27-8DD6-19561EB969CC/0/ottawa_charter.pdf.