



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelse

Marie Birgitte Skrede og Hilde Aasvestad

Antall ord: 10 009

Veileder: Sevald Høye

Integritetsstyrkende sykepleie: tvang og demens

Integrity in nursing: coercion and dementia

Bachelor i sykepleie, Kull 121

4AVS304

2012

Samtykker til utlån hos biblioteket: JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage: JA NEI

Livets Høst

Jeg er lik et tre!

Lik treet ble jeg også til ved et frø.

*Lik treet fikk jeg mange sår, men vokste videre,
mer motstandsdyktig, mer hårdhudet, men også myk.*

Lik treet fikk jeg også rynker etter hvert.

Lik treet om høsten mister jeg nå blader.

*Blader som forteller hvem jeg er, hva jeg er,
erfaringer jeg har gjort, viten, hvem jeg er glad i.*

*Lik treet om høsten, føler jeg meg også tom, ribbet,
fattig, uten blader.*

Livet mitt "faller av".

Uten blader, intet liv, sier du vil.

Men du som ser meg, kjenner meg.

*Vit at som treet gjemmer på livskilden i sitt indre,
har også jeg en livskraft, et hjerte som føler.*

Jeg blir fortsatt glad, redd, sint, trist.

Jeg føler og lever, men kun i øyeblikket.

Der ligger forskjellen på deg og meg.

Vær så snill, øyeblikket er det eneste jeg har.

Del det med meg!

Solheim (2009)

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	4
1.1 Pasientcase	4
1.2 Begrunnelse for valg av tema.....	5
1.3 Problemstilling	5
1.4 Presisering av case og problemstilling	5
1.5 Avgrensning av oppgaven.....	6
2.0 METODE	8
2.1 Litteraturstudie som metode.....	8
2.2 Kildebruk.....	8
2.3 Artikkelsøk.....	9
2.4 Kildekritikk	10
2.5 Presentasjon og kritikk av valgt forskning.....	10
2.6 Etisk vurdering	13
3.0 PERSONER MED DEMENS SYKDOM	14
3.1 Aldersdemens	14
3.2 Pårørende.....	15
3.3 Sykehjemmet.....	15
4.0 AUTONOMI, TVANG OG DEMENS	17
4.1 Autonomi.....	17
4.2 Tvang.....	17
4.3 Tablettknusing som tvangstiltak.....	18
4.3.1 Hva er livsnødvendige tabletter?.....	18
4.4 Samtykkekompetanse.....	19
4.5 Redusert samtykkekompetanse	19
4.5.1 Helsehjelp ved redusert samtykkekompetanse.....	20
5.0 INTEGRITET HOS PERSONER MED DEMENS	21
5.1 Personlig integritet hos personer med demens sykdom	21
5.2 Trusler mot integriteten.....	22
6.0 SYKEPLEIE SOM IVARETAR INTEGRITETEN	23
6.1 Integritetsstyrkende sykepleie	23
6.2 Tillitsskapende sykepleie	23
6.3 Menneske-til-menneske forhold.....	24
7.0 DRØFTING	26
7.1 Tillitsskapning.....	26
7.1.1 Å gi informasjon.....	30
7.1.2 Livsbevarende sykepleie	31

7.1.3 Pårørende som bindeledd	32
8.0 KONKLUSJON.....	34
9.0 LITTERATURLISTE.....	35
VEDLEGG 1:.....	40
VEDLEGG 2:.....	42

1.0 INNLEDNING

Gjennom snart 3 år som sykepleierstudenter, har vi gjennom teori og praksis, fått en grunnleggende kunnskap om pasienter med demens. Pasienter med demens sykdom, er en av samfunnets svakeste med tanke på egne ressurser. De har få forutsetninger for å ivareta egne behov, ønsker og interesser. Å jobbe med personer med demens er utfordrende. Og det stiller høye krav til sykepleieren – både med tanke på kommunikasjon, ivaretagelse av grunnleggende behov og annen helsehjelp. Særlig utfordrende blir det når tvang kommer inn i bildet. Vi har tidligere erfart en ukritisk bruk av tvangstiltak overfor pasienter med demens på sykehjem; og kanskje særlig i forbindelse med medisiner og knusing av tabletter. Tidligere forskning har vist at knusing av tabletter i tvangssøyemed er vanlig på norske sykehjem, og er da særlig knyttet til personer med demens. Videre er det også fastslått at slike tvangstiltak *kan* svekke pasientens integritet (Engedal og Kirkevold, 2004; Kirkevold og Engedal, 2004; Wannebo: 2009; Kirkevold og Engedal, 2010). Når man vet at en viktig sykepleierfunksjon er å ivareta pasientens integritet, åpner dette for etiske utfordringer...

1.1 Pasientcase

Hans Hansen er 82 år. For to måneder siden fikk han langtidsplass på sykehjem. Han har nylig fått diagnosen hjertesvikt som blir behandlet med tablettene Furix 40 mg og Zestril (vanndrivende og ACE-hemmer). I tillegg har han moderat demens som resulterer i noe uro. Denne uroen behandles med Sobril. Hansen er gift, har to barn og flere barnebarn. Familien besøker ham stadig på sykehjemmet. I forbindelse med disse besøkene, observerer man at han har enkelte klare øyeblikk. Han kommuniserer bra og gjør seg lett forstått. Ellers er han ikke orientert for tid og sted, og synes og ha liten innsikt i egen sykdom. Det har tidligere ofte hendt at Hansen har nektet å ta tablettene sine. Dette gjelder da de nyoppstartede tablettene han får mot hjertesvikt og uro. Han tar imot tablettene han er vant med å ta fra før. I forbindelse med dette observerte personalet merkbart større ødemer i beina hans, samt økende problemer med surklende tungpust. Under medisintdeling har det derfor blitt rutine at personalet knuser Hansens tabletter. De blander tablettene i syltetøy og informerer ham ikke om dette, fordi de vil unngå at han motsetter seg.

1.2 Begrunnelse for valg av tema

Ut i fra skolens gitte temaer har vi valgt «*Bruk av tvang i sykepleien til pasienter med demens sykdom*». Vi har selv jobbet på sykehjemsavdelinger hvor hovedandelen av beboerne har en form for kognitiv svikt. Her har vi, som nevnt i innledningen, begge opplevd en nokså ukritisk bruk av knusing av tabletter som tvangstiltak. Vi har opplevd at alt fra vitaminer og ulike psykofarmaka til livsnødvendige medisiner blir knust og hatt i syltetøy eller under pålegget på brødskiva.

Det er gjort mye forskning rundt *forekomsten* av tablettknusing og skjult medisiner som tvangstiltak på norske sykehjem. For oss er det viktig og sette fokus på menneskene bak tallene i disse studiene: sykepleierne og ikke minst, pasienten med demens sykdom som utsettes for tvang. Spesielt er vi opptatt av hvordan integriteten til pasienten påvirkes, og hva som kan gjøres for å ivareta den.

1.3 Problemstilling

Med utgangspunkt i ovennevnte pasientcase og vårt interesseområde, har vi valgt følgende problemstilling:

«Hvordan kan sykepleieren ivareta integriteten hos pasienter med demens sykdom som utsettes for tvang ved knusing av livsnødvendige tabletter på sykehjem?»

1.4 Presisering av case og problemstilling

Hva vår case angår, er dette en klar tvangssituasjon. Hansens tabletter knuses, skjules, for så å gis til ham uten at han informeres. Spørsmålet er om Hansen i det hele tatt har noe valg? Det at Hansen har en demensdiagnose, og at han har behov for livsnødvendig behandling av en tydelig forverret hjertesvikt, gjør kanskje valget til sykepleieren lett. Allikevel åpner pasientcasen for diskusjon med tanke på sykepleierens handlinger for å ivareta Hansens integritet på en best mulig måte.

Vi baserer vår problemstilling på vår case, samt egenerfarte situasjoner. Sykepleieren er uten videreutdanning eller lederfunksjon, og ansatt på en somatisk¹ avdeling på et sykehjem. På et

¹ Legemlig, som har med kroppen å gjøre (Kunnskapsforlaget, 2004)

sykehjem jobber det også annet helsepersonell, men vi fokuserer kun på sykepleiefunksjonen. Problemstillingen knyttes ikke opp mot noen bestemt demensdiagnose, men vi har som utgangspunkt at pasienten har en moderat form for aldersdemens. Vi ser for oss at han ikke er samtykkekompetent, altså med redusert autonomi. Videre, med tanke på kommunikasjon og relasjonsbygging er det nødvendig å nevne at han er norsk. Det er vanlig at pasienter på sykehjem har flere diagnoser. Med diagnosen aldersdemens, og som beboer på sykehjem, er det sannsynlig at Hansen står på flere medikamenter enn de som er nevnt i pasientcasen. Vi velger å fokusere kun på medikamentene for hjertesvikt, samt sobril for å skape en kontrast mellom livsnødvendige og ikke livsnødvendige tabletter. Vi vet også at de nevnte medikamentene, kan finnes som injeksjoner, men vi velger å se bort i fra dette.

1.5 Avgrensning av oppgaven

Oppgavens teoridel bygger på to tydelige hoveddeler: en med fokus på *personen med demens*, og en som fokuserer på *sykepleierens funksjon*.

Vi vil gjennom teoridelen forklare ulike begreper der vi finner det nødvendig. Aldersdemens defineres og forklares. Vi knytter så aldersdemens opp mot kommunikasjon – med fokus på reminisens og validering. Deretter forklarer vi om pårørende og kort om institusjonen sykehjem. Hva pårørende angår, fokuserer vi her kun på kone og barn. Dette fordi de kan gi oss førstehåndsinformasjon om hvordan pasienten har vært tidligere. Vi redegjør og forklarer begrepet autonomi. Deretter går vi nøye inn i begrepet tvang, og fokuserer så på tablettknusing som tvangstiltak. Da det forekommer at tablettknusing også skjer etter pasientens eget ønske, er det viktig å presisere at vi gjennom oppgaven vil referere til *tvangstiltaket* tablettknusing kun som «tablettknusing». Herunder forklares det kort om «livsnødvendige tabletter» medtanke på Hansens hjertesviktdiagnose. Videre knytter vi lovverket opp mot bruken av tvang – både med tanke på samtykkekompetanse og pasientrettighetsloven kapittel 4A. I tillegg redegjør vi for hva som menes med integritet med fokus på den personlige integriteten. Vi har valgt å utelate den sosiale- og den kroppslige integriteten, fordi de har mindre relevans for oppgavens problemstilling. Deretter identifiserer og forklarer vi ulike trusler mot integriteten hos personer med demens.

Oppgavens fokus vil etter hvert rettes mot sykepleierfunksjonen. Her redegjør vi for den integritetsstyrkende og tillitsskapende sykepleie – og knytter det hele opp mot Joyce Travelbees sykepleieteorier. Hva hennes sykepleieteori angår, velger vi å ha fokus på kommunikasjonsmodellen, samt menneske-til-menneske forhold. Dette fordi en lett kan relatere disse til tillitsskapende tiltak for å forebygge tvang.

Drøftingen av problemstillingen vil deles inn i underkapitler og bygge på allerede presentert teori, samt egne tanker og erfaringer.

«Pasient» blir brukt gjennomgående i oppgaven. Både fordi arenaen er en somatisk avdeling på sykehjem, samt at litteraturen vi har valgt referer dette begrepet. Avslutningsvis presiserer vi at ved omtale av pasient vil vi benytte henvisningsordet «han». Ved omtale av sykepleieren, bruker vi «hun».

2.0 METODE

Metode forteller oss hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap.

For å velge en bestemt metode må begrunnelsen vår være at den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte (Dalland, 2007, s.81).

Videre skriver Dalland (2007) at metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke.

Problemer kan angripes med ulike metoder, og valgte metode skal være et redskap til å besvare problemstillingen.

I dette kapitlet vil vi presentere hvilken metode vi har valgt, og hvorfor. Vi vil videre ta opp kildebruk og hvordan vi gikk frem i artikkelsøkene. Til slutt legger vi frem vår kildekritikk.

2.1 Litteraturstudie som metode

Vi har valgt å bruke litteraturstudie som metode. Litteraturstudie bør fokusere på aktuell forskning innen et bestemt område. Undersøkningsfeltet er tidligere dokumentert kunnskap og spørsmålene stilles til litteraturen (Dalland, 2007). Vi har søkt og reflektert over informasjon ut i fra vår problemstilling. Vi har vurdert, diskutert og sammenliknet litteraturen.

I samfunnsvitenskapen kan man skille mellom kvantitative og kvalitative metoder. En kvalitativ metode vil ha fokus på å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle. Mens en kvantitativ metode vil forme informasjonen om til målbare enheter, slik at man kan finne gjennomsnitt og prosent av en større gruppe (ibid). Med tanke på vår problemstilling, vil vi i utgangspunktet støtte oss til kvalitativ forskning. Dette fordi vi er ute etter opplevelser og meninger rundt vårt tema. Men vi vil også velge oss ut noe kvantitativ forskning for å underbygge prevalensen av tablettknusing i sykehjem. Vi mener dette kan være med på å skape mer dybde og substans i oppgaven.

2.2 Kildebruk

Under arbeidet med denne oppgaven, har vi i hovedsak tilegnet oss stoff gjennom lærebøker og annen faglitteratur, utgitt av et skolerelatert eller helsefaglig forlag. I tillegg har vi benyttet oss av flere forskningsartikler, samt enkelte fagartikler. Disse er i hovedsak funnet gjennom søk i ulike databaser og på nettsidene til utvalgte tidsskrifter. I tillegg har vi funnet noe forskning i publiserte tidsskrifter vi har hatt tilgang til. Andre kilder vi har valgt å støtte oss til

er aktuelt lovverk og oppgaver på master- og doktorgradsnivå. Avslutningsvis, har vi også brukt våre egne erfaringer som ansatte på sykehjem.

2.3 Artikkelsøk

Vi har foretatt søk i databasene PubMed, Kunnskapsegget, Sykepleien Forskning, Helsebiblioteket (McMaster Plus) og SveMed. Vi har valgt databaser ut i fra bibliotekets anbefalinger og våre egne erfaringer. Vi brukte følgende søkeord i de internasjonale databasene: *Dementia, crushing tablets, forced medical treatment/medication, ethics, autonomy, integrity, covert medication, concealment of drugs, coerce, constraint*. Videre brukte vi norske søkeord i Sykepleien Forskning: *demens, knusing av tabletter/medikamenter, tvang, tvangsmedisinerer, etikk, autonomi, integritet, skjult medisinerer, sykehjem*.

For å illustrere fremgangsmåten for våre søk etter aktuell forskning, tar vi utgangspunkt i de søkene som gav funn. Vi viser også til vedlegg 1 og vedlegg 2. Ved søk i PubMed med søkeordene *dementia+covert+medication* fikk vi 11 treff, hvor 3 av artiklene var i fulltekst. Av disse tre valgte vi artikkelen heter «Concealment of drugs in food and beverages in nursing homes: cross sectional study» (Kirkevold og Engedal, 2004). Hensikten med studien var å undersøke hyppigheten av skjult medisinerer på norske sykehjem. De ville finne ut om det ble dokumentert tilstrekkelig og hvilke type medikamenter som ble skjult i pasienters mat og drikke.

Ved et søk på ordene *demens+tvang+tablettknusing* i Sykepleien Forskning fikk vi 3 treff, hvor vi valgte å benytte to forskningsartikler. Den første heter «Legemiddelhandtering i norske sykehjem med fokus på knusing av medikamenter» skrevet av Kirkevold og Engedal (2010). Denne studien hadde som hensikt å kartlegge rutinene rundt legemiddelhandtering i sykehjem. De fokuserte i hovedsak på knusing og utdeling av tabletter.

Den andre artikkelen vi fant etter søket vårt i Sykepleien Forskning heter «Tablettknusing i sykehjem – en sikkerhetsrisiko for pasienten?» (Wannebo, 2009). Gjennom denne studien kartla hun omfanget av tablettknusing på sykehjem i Nord-Trøndelag.

2.4 Kildekritikk

«Kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere den litteraturen som er benyttet.», sier Dalland (2007, s.71). Å stille seg kritisk til kildene man benytter i oppgaveprosessen, er svært viktig. Først og fremst handler det om å kunne avgjøre om den utvalgte litteraturen er aktuell for oppgavens problemstilling.

Å søke etter informasjon på internett, kan være krevende. Det er alfa og omega at man kjenner troverdigheten til de ulike databasene, samt «dot»-sidene.

Som nevnt i kapittelet om kildebruk, har vi benyttet flere lærebøker og annen faglitteratur som kilder. Alle disse er utgitt av et helse relatert eller skolefaglig/akademisk forlag. Forfatterne av bøkene er velkjente navn innenfor geriatri, alderspsykiatri, demens og sykepleie. Når det gjelder doktorgradsavhandlinger og masteroppgaver, har vi kun støttet oss til oppgaver skrevet for Norge eller Norden – og som lett kan relateres til oppgavens problemstilling. Vi har benyttet oss av flere forskningsartikler som omhandler personer med demens, tvang og tvangsmedisinering. Vi har valgt å gå nærmere inn på tre av disse. De presenteres nærmere senere i kapittelet. Flere av de fagartiklene vi har valgt å bruke, er kommentarer til forskningsartiklene. De er i utgitt i tidsskriftet Sykepleien, og er skrevet av personer med sykepleiefaglig bakgrunn.

2.5 Presentasjon og kritikk av valgt forskning

For å illustrere fremgangsmåten ved kritisk vurdering av forskningen vi har benyttet oss av, vil vi her foreta en grundigere presentasjon og kritikk av tre av forskningsartiklene vi har valgt. For å vurdere disse tar vi utgangspunkt i skjemaene for kritisk vurdering av forskningsartikler på kunnskapssenteret.no (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008). Artikkelen «Legemiddelhåndtering i norske sykehjem med fokus på knusing av medikamenter» (Kirkevold & Engedal, 2010) tar utgangspunkt i tidligere studier som har vist at det er vanlig å tilsette knuste tablettar i mat og drikke på norske sykehjem, og at ni av ti sykehjem gjør dette (Wannebo, 2009). Kirkevold er seniorforsker ved Nasjonalt Kompetansesenter for Aldring og Helse. Engedal er professor og overlege ved Geriatrik avdeling på Oslo Universitetssykehus. Begge har i tillegg skrevet flere fagbøker om demens

og sykdommens utfordringer, og er hyppig referert til i pensumlitteratur og andre lærebøker. Selve forskningsartikkelen vi har valgt, refereres også ofte i fagartikler og annen forskning (Fauksanger og Irgens, 2010). Dette er med på å gjøre denne studien både gyldig og troverdig. I tillegg er den lett overførbar til vår problemstilling. Artikkelen presenterer en relativt ny studie og baserer seg på et spørreskjema om legemiddelhåndtering som er sendt ut til 721 norske sykehjem. At studien er norsk taler til fordel for studiens relevans. Det er en kvantitativ studie hvor hovedmålet er å finne forekomsten av tablettknusing på sykehjem. Ut i fra vår problemstilling, ville en forskningsartikkel med en kvalitativ tilnærming på problemet vært mer relevant. Dette fordi vi ikke tar utgangspunkt i å finne ut om forekomsten. For vår del er det mer aktuelt å finne ut *hvordan* tablettknusing påvirker pasienten, og *hva* sykepleieren kan bidra med for å ivareta pasientens integritet. Allikevel fant vi en del aktuell informasjon i artikkelen; som vi vil benytte oss av i vår drøfting av problemstillingen. Blant annet for å forstå utbredelsen av tablettknusing som tvang. Videre stiller vi oss noe kritiske til svarprosenten som studiens resultat baseres på: av de 721 sykehjemmene som fikk tilsendt spørreskjema, var det 463 som svarte (64 %). I følge Kunnskapssenteret.no (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008), bør svarprosenten være på over 70 %. Til tross for dette, er det hele 1037 sykehjemsavdelinger som er representert i studien. Dette mener vi er tilstrekkelig for et pålitelig resultat.

Forskningsartikkelen «Etikk i sykehjem og hjemmetjenester» (Bollig, Pedersen og Førde, 2009) baserer seg på en systematisk gjennomgang av empirisk forskning² knyttet til etiske utfordringer i sykehjem og hjemmetjenester. Artikkelforfatterne er alle medisinere og kjente forskere innen medisinsk etikk. Artikkelen er hyppig referert i annen litteratur, noe som taler for studiens gyldighet. Videre er studiens litteraturgjennomgang benyttet som et grunnlag for en pilotstudie hvor artikkelforfatterne har intervjuet 19 ledere og helsepersonell om etiske utfordringer ved norske sykehjem og i hjemmetjenesten. Majoriteten av intervjuobjektene jobbet på sykehjem. Det er en kvalitativ studie med mål om å kartlegge hva helsepersonell opplever som mest etisk utfordrende i arbeidshverdagen, samt hvordan de takler utfordringene. Med tanke på vår problemstilling, er det hensiktsmessig å velge en kvalitativ studie fordi vi er ute etter *følelser* og *erfaringer* knyttet til tvang og demens. Til tross for at

²Erfaringsbasert forskning

studien tar for seg etikk generelt, er den allikevel relevant for vår oppgave. Dette fordi mange av svarene den gir omhandler utfordringer omkring tvang, demens, kommunikasjon og pasientautonomi og samtykkekompetanse. Når man er ute etter en kvalitativ tilnærming til problemstillingen, er det tilfredsstillende med færre intervjuobjekter enn i en kvantitativ studie. Av den grunn mener vi 19 personer er tilstrekkelig for et pålitelig resultat. Hva pålitelighet og relevans angår, taler det også til studiens fordel at intervjuobjektene jobber i norsk helsevesen. Videre stilte vi oss noe kritisk til studien fordi store deler av litteraturen som er gjennomgått er fra andre land (USA, Storbritannia, Australia, Belgia). Noe av litteraturen som er benyttet, er også gammel (80-tallet, begynnelsen av 90-tallet). Til tross for dette, har studien funnet at det er store likheter mellom funnene i litteraturgjennomgangen og funnene fra pilotstudien. Vi mener derfor at litteraturgjennomgangen underbygger studiens troverdighet.

«A pill in the sandwich: covert medication in food and drink» (Treloar, Beats og Philpot, 2000) er en artikkel som omhandler skjult medisinerings på sykehjem og bofasiliteter med demente i Sørøst England, samt helsepersonell og pårørendes holdninger til dette. Den er utgitt i tidsskriftet *Journal of the Royal Society of Medicine* – noe som underbygger studiens gyldighet. Studien er basert på to spørreskjemaer – et som ble besvart av sykepleiere og annet helsepersonell (representerte 34 bo- og pleiehjemsfasiliteter for demente), samt et som ble besvart av pårørende som bodde med personer med demens i det samme området som sykehjemmene (50 stk.). Når det gjelder de pårørende, var svarprosenten 100 %. Dette er med på å heve artikkelens pålitelighet, jamfør kunnskapssenteret.no (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008). Vi mener dessuten at det er viktig for studiens troverdighet at informasjon fra flere hold er representert. Studien representerer både kvantitativ og kvalitativ forskning. Den kvantitative forskningen tok for seg forekomsten av skjult medisinerings på pleiehjem. Mens den kvalitative forskningen baserte seg på pårørendes følelser med tanke på bruk av tablettknusing og skjult medisinerings i tvangsyemed. Det er spesielt den kvalitative delen av studien, som gjør at vi synes artikkelen er interessant.

Avslutningsvis stiller vi oss kritisk til at studien er fra Sørøst-England, og at den er 12 år gammel. Samtidig mener vi at den kan ha relevans for vår problemstilling med tanke på at England er et vestlig land. Vi tror heller ikke at pårørendes meninger har forandret seg nevneverdig på 12 år.

2.6 Etisk vurdering

Vi har valgt å ta utgangspunkt i en fiktiv case, der pasient og situasjon er oppdiktet. Det gir oss altså ingen krav til anonymisering. Vi har begge erfaring fra å jobbe i sykehjem og med demente, men vi har skrevet en case ut i fra generelle erfaringer. Der vi i drøftingen har brukt personlige erfaringer, er både personer og sted anonymisert.

Videre har vi også vært bevisst etikken rundt bruk av våre kilder. Vi refererer til anvendt litteratur gjennom hele oppgaven. I tillegg er all forskning vi har benyttet oss av blitt gjennomført etter gjeldende etiske krav, jamfør kritisk vurdering av forskningsartikler.

3.0 PERSONER MED DEMENS SYKDOM

3.1 Aldersdemens

Aldersdemens er et fellesbegrep på flere demenslidelser som debuterer ved høy alder, og er i dag den hyppigste årsaken til innleggelse i sykehjem. Ved demens skjer det forandringer i hjernen, forbindelsen mellom hjernecellene blir ødelagt og hjernecellene dør.

Demenssykdommene har økt forekomst fra 70 års alder. I Norge har vi omlag 70.000 personer med demenslidelse (Brækhus, Dahl, Engedal og Laake, 2005).

Engedal og Haugen (2009, s.20) definerer aldersdemens slik:

En ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen 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 ikke kureres og forverrer seg ofte over tid.

ICD-10, som er et internasjonalt klassifikasjonssystem utviklet av WHO³, deler demens inn i tre grader; mild, moderat og alvorlig. Moderat grad av demens tilsier at pasienten ikke kan klare seg uten hjelp fra andre, jmfør vår pasientcase.

3.1.1 Kommunikasjon med pasienter med aldersdemens

Berentsen (2010, s. 381) sier at kommunikasjonsproblemer er vanlige i demensomsorgen og kan oppleves som vanskelige både for pasient og sykepleier. Selv om en pasient med demens kommuniserer bra og gjør seg godt forstått, kan han ha problemer med å forstå innholdet i det vi sier. Videre sier han at selv om de har vanskeligheter med å forstå budskapet i ordene våre, kan de ofte forstå kroppsspråket vårt – vår non-verbale kommunikasjon.

Når det gjelder muntlig kommunikasjon med pasienter med demens, har vi tre modeller: reminisens, validering og realitetsorientering. Særlig reminisens og validering kan være avgjørende for å skape en god relasjon til pasienten. Reminisens beskrives som «arbeid med gjenkalling og formidling av minner og erindringer». Ved validering er sykepleieren ute etter å gjenskape verdighet og la personen oppleve at han eller hun er verdifull. Dette gjøres gjennom å unngå og korrigere pasienten når pasienten uttrykker sine følelser – eksempelvis

³ Verdens Helseorganisasjon

gjennom uro eller aggresjon. I tillegg er det viktig og forsøke å forstå hvilke følelser som kommer til uttrykk gjennom pasientens atferd (ibid, s. 376-377).

3.2 Pårørende

Med pårørende menes først og fremst den som pasienten oppgir som nærmeste pårørende. Personer med moderat til alvorlig demens, har ofte ingen forutsetninger for å oppgi pårørende. Pårørende er ofte da ektefelle, registrert partner, myndige barn eller barnebarn. Som pårørende til en person uten samtykkekompetanse har man visse rettigheter (Helsedirektoratet, 2008). Blant annet har man rett på informasjon og medvirkning i helsehjelpen til pasienten. Dette er tydelig nedfelt i kapittel 3 i Pasientrettighetsloven (1999). I § 3-1 står det: «*Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten*». Videre står det i § 3-3 at dersom pasienten ikke kan ivareta sine egne interesser (blant annet på grunn av senil demens), har både pasienten og pårørende rett på informasjon om helsehjelpen han mottar. For helsepersonellet kan det være viktig å samarbeide med pårørende for bli godt kjent med pasienten. Pårørende kan fortelle oss hvem pasienten var som ung, voksen, gammel og dement. De kan hjelpe personellet med å utfylle bilde av pasienten, slik at pleien og omsorgen kan bli tilrettelagt ut i fra hvem han har vært og er (Solheim, 2009).

3.3 Sykehjemmet

Et sykehjem «har som formål å ivareta helserettede oppgaver» (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Et krav at det til enhver tid skal være tilstede personell som kan gi omsorg og pleie. Det skal fungere som et hjem for pasienten. I Hauge (2010, s.225) står det at sykehjemspasienten i de aller fleste tilfeller er over 67 år, med sterkt redusert funksjonsevne. I tillegg har de ofte flere alvorlige tilleggdiagnoser. Statens Helsetilsyn (2003) lister opp aldersdemens som den klart største sykdomsårsaken til innleggelse på sykehjem. For personer med demens som legges inn for langtidsopphold, finnes det to alternativer sykehjemsavdelinger: somatiske langtidsavdelinger eller såkalte skjermete enheter. De somatiske langtidsavdelingene er beregnet for mulitsyke⁴ eldre. Ofte har

⁴Flere alvorlige diagnoser (Hauge, 2010)

pasientene på slike avdelinger også en form for kognitiv svikt (Hauge, 2010, s. 224).

Skjermete enheter er spesialavdelinger for personer med demens som ikke kan bo hjemme på grunn av deres kognitive svikt (ibid). På disse avdelingene er gjerne beboerne relativt fysisk spreke. På slike demensavdelinger, finner man dessuten ofte personale med spesialkompetanse i demens.

4.0 AUTONOMI, TVANG OG DEMENS

4.1 Autonomi

Ordet autonomi kommer av gresk og består av to ord; *auto* som betyr selv, og *nomos* som betyr lov, styring, regulering. Det å være autonom betyr at man har en personlig rett til å handle fritt i saker som angår en selv. Autonomiprinsippet i helsevesenet innebærer at pasienter i størst mulig grad skal ha selvbestemmelse (Slettebø, 2009). Pasienten har rett til å bestemme over seg selv og sin kropp. Autonomi innebærer fornuft, forståelse og rasjonalitet. Autonomi er knyttet opp mot evne, og kan derfor variere, tapes og kan påvirkes ved sykdommer. Dette gjelder blant annet for pasienter med alderdemens som ikke er i stand til å føre sin egen sak. Allikevel er det viktig at de får sin integritet respektert (Hummelvoll, 2004). Autonomi kommer også frem under de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Det står under punkt 2.5 at sykepleieren skal respektere pasientens rett til selv å foreta valg, herunder å frasi seg sin selvbestemmelse.

4.2 Tvang

I juridisk sammenheng defineres tvang slik: «tvang er fravær av samtykke» (Johnsen og Smebye, 2008). Videre sier Fjørtoft (2006, s.142) at tvang er «tiltak som personen motsetter seg eller ikke har gitt samtykke til». I Bokmålsordboka (Tvang, 2010) er makt, ufrihet, undertrykking og press alle begreper som knyttes opp mot tvang.

Engedal, Kirkevold, Eek & Nygård (2002) definerer tvangstiltak slik:

Bruk av redskap som hindrer beboers bevegelsesfrihet eller tilgang til egen kropp, fysisk holding ved undersøkelse og behandling, og i forbindelse med omsorgstiltak, overvåkning med elektroniske redskaper og tilsetning av medisiner i mat og drikke uten beboers vitende og vilje.

Tidligere forskning her representert gjennom "Makt og avmakt" av Engedal, Kirkevold, Eek & Nygård (2002) viser at mange pasienter med demens utsettes for tvang. Hovedgrunnene til dette er at de ofte mangler samtykkekompetanse og har dårlige kommunikasjonsevner.

4.3 Tablettknusing som tvangstiltak

Hvis det er gjort vurdering om at pasienten ikke er samtykkekompetent og det er livsnødvendig å gi medisin, fratras pasienten muligheten til å protestere på dette (Slettebø, 2010, s. 173-174). Å gi medikamenter på denne måten, refereres ofte til som «kjemisk tvang». (Kirkevold & Engedal, 2010: Wannebo, 2009, Engedal, 2000). Ofte har sykepleieren de knuste tablettene i mat eller drikke – dette refererer mange til som «skjult medisinerings» (ibid).

Kirkevold og Engedals (2010) studie viser at tablettknusing på sykehjem er vanlig. Det kom også fram av studien at 46 % av avdelingene som ble spurt tilsatte knuste tabletter i mat og drikke, uten og informere pasienten. Dette underbygges også av en tidligere studie av Engedal og Kirkevold (2004) som omhandler skjult medisinerings. De fant at tabletter tilsatt i mat og drikke hos demente, er vanlig i norske sykehjem. I 95 % av tilfellene, ble det gjort rutinemessig.

Hvis det er behov for å gi medikamenter på en annen måte enn forskrevet, og uten pasientens samtykke, bør avdelingen lage rutiner for å sikre best mulig håndtering. Forskrivning av medikamenter er legens ansvar. Derfor må lege gå gjennom medikamentene til pasienter der det er vanskelig å få gitt dem på en vanlig måte. Legen bør finne ut hvilke medikamenter som er absolutt nødvendige å gi. Hvis det er tabletter som skal knuses, må det vurderes om dette kan gjøres med det spesifikke preparatet. Noen tabletter er entero- og depottabletter og må ikke knuses (Nordeng, 2007: Dolonen, 2009).

4.3.1 Hva er livsnødvendige tabletter?

Med livsnødvendige tabletter mener en tabletter som forebygger, reduserer eller behandler en sykdom og/eller effektene av den (Nordeng, 2007). Eksempelvis kan det være ødemer og surklende pust på grunn av hjertesvikt – som kan utvikle seg til livstruende lungeødem om det ikke behandles medikamentelt. Om en pasient med demens sykdom skulle nekte å ta tablettene sine, må det i hvert enkelte tilfelle avgjøres hva som er livsnødvendige tabletter, og hva som ikke er det. Psykofarmaka, som for eksempel Sobril, inngår ikke i livsnødvendige medikamenter.

4.4 Samtykkekompetanse

Å ha samtykkekompetanse innebærer at en person er myndig og psykisk og fysisk i stand til å ivareta sine egne interesser (Slettebø, 2010). Pasienter med demens har ofte ulike grader av samtykkekompetanse. Eksempelvis kan det være at pasienten lett bestemmer hva han vil ha som pålegg på brødskiva. Samtidig kan pasienten ha få forutsetninger for å ta beslutninger knyttet til egen helsehjelp. I Pasientrettighetsloven §4-6 (1999) står det om myndige pasienter som ikke har samtykkekompetanse: *«Dersom en myndig pasient ikke har samtykkekompetanse, kan den som yter helsehjelp ta avgjørelse om helsehjelp som er av lite inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet»*. Det er viktig å bemerke seg at en pasient som ikke er samtykkekompetent, fortsatt har rett på informasjon om helsehjelpen han mottar. Det er sykepleiers ansvar å gi informasjonen på en slik måte at pasienten forstår den. Når det gjelder pasienter med demens, er det særlig utfordrende for sykepleieren å gi informasjon. Det har eksempelvis lite for seg å informere en pasient med demens og hjertesvikt om viktigheten av at han tar tablettene dagen i forveien. Dette er som regel glemt når han skal ta tablettene. En pasient med demens lever i «nuet», og må gis informasjon med tanke på det.

4.5 Redusert samtykkekompetanse

En pasients rettigheter er nedfelt i Lov om pasientrettigheter. I pasientrettighetsloven §1-1 (1999) står det at: *«Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.»* Det er sykepleierens ansvar å påse at pasienten mottar helsehjelp med bakgrunn i pasientrettighetene, og dermed sikre at man ivaretar pasientens integritet. Blant annet er det lovhjemlet i § 3-1 at *«Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester.»* Videre, i § 3-2, er pasientens rett til informasjon nedfelt: *«Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.»*

Om pasienten ikke er samtykkekompetent, skal pårørende involveres i beslutningsprosessen. Helsepersonell er ansvarlig for at pasient og/eller pårørende tas med i beslutninger for pleie og behandling.

4.5.1 Helsehjelp ved redusert samtykkekompetanse

Kapittel 4A i pasientrettighetsloven, ble i desember 2007 vedtatt på Stortinget som et tillegg til Lov om Pasientrettigheter. Dette tillegget skulle klarere og definere helsehjelpen til pasienter uten samtykkekompetanse som motsatte seg helsehjelpen. Bakgrunnen var utstrakt bruk av tvang, særlig i demensomsorgen. Hensikten var ikke å åpne for mer bruk av tvang, men snarere å forebygge og minske bruken av den (Engedal & Haugen, 2009). Kapittel 4A setter fire vilkår som må oppfylles før det kan ytes helsehjelp til en pasient som motsetter seg helsehjelpen. I Engedal og Haugen (ibid, s. 399) er disse kravene satt opp i en punktvis liste:

- 1) Pasienten skal mangle samtykkekompetanse (§4A-2)
- 2) Pasienten skal motsette seg helsehjelpen (§4A-2)
- 3) En unnlattelse av å gi helsehjelpen skal føre til vesentlig helseskade for pasienten (§4A-3 punkt a)
- 4) Tillitsskapende tiltak skal ha vært forsøkt før en kan gjennomføre helsehjelpen (§4A-3).

Videre står det i Pasientrettighetsloven §4-6 (1999) at «*Etterfølgende underretning til pasienten er likevel tilstrekkelig dersom underretningen vil medføre at helsehjelpen ikke kan gjennomføres.*» Dette vil altså si at livsnødvendige medikamenter kan gis uten man informerer pasienten på forhånd - om det er eneste mulighet å få gjennomført helsehjelpen på. Det må altså særskilte begrunnelser til for å knuse tabletter og tilsette dette i mat og drikke uten å informere pasienten.

5.0 INTEGRITET HOS PERSONER MED DEMENS

Integritet kommer fra det latinske ordet *integritas*, som betyr helhet eller det å være hel og uskadd (Andersson, 1996). Det er et svært sentralt begrep innenfor sykepleie. Det sykepleiefaglige prinsippet om å ivareta pasientens integritet, gjør seg kanskje særlig gjeldende når det kommer til pleietrengende pasienter – og pasienter med demens. Integritet kan sies å være tett knyttet opp mot en persons verdighet og den personlige sfære. Vi har tidligere i oppgaven tatt for oss begrepet autonomi, og at evnen til selvbestemmelse kan variere fra person til person. Det er vanskelig å komme utenom begrepet autonomi når man skal forklare hva som menes med integritet. Men på en annen side defineres ikke menneskets integritet av dets autonomi. Selv om autonomien er innskrenket, vil integriteten alltid være konstant. Den kan krenkes eller respekteres, sier Hummelvoll (2004). Eksempelvis kan integriteten til en pasient med demens krenkes gjennom uverdigg pleie og i tvangssituasjoner. Når integriteten respekteres vil det kunne bidra til selvbekreftelse og personlig trygghet (Solvoll, 2008). En godt ivaretatt integritet hos pasienter med demens kan dessuten føre til en følelse av personlig kontroll og trygghet i sin egen situasjon. Kirkevold (2010, s.92) tar utgangspunkt i Myra E. Levines sykepleieteorier, og skriver om den menneskelige integritet som forankret i fire hovedområder: den kroppslige, den sosiale og den personlige integritet, samt energibalanse.

5.1 Personlig integritet hos personer med demens sykdom

Den personlige integriteten er tett knyttet opp til menneskets identitet. Det er en persons tanker, følelser og erfaringer som utgjør forståelsen av sin egen eksistens, sier Heap (2002). Ingen er like, og det er viktig at sykepleieren tar hensyn til dette. Respekt for enkeltmennesket er et prinsipp som står sterkt forankret når man snakker om personlig integritet. Innenfor her kommer også retten til selvbestemmelse, og at sykepleieren møter pasientens valg med hensyn og respekt. Når Heap (ibid) sier at integriteten utgjør forståelsen av sin egen identitet og eksistens, er det utfordrende og sette dette i sammenheng med pasienter med demens sykdom. Man kan si at den personlige integriteten vil hos den demente i stor grad være knyttet opp mot nåtid, «nuet».

5.2 Trusler mot integriteten

Kirkevold (2007) skisserer flere forhold som kan true integriteten. Det omhandler blant annet å ikke bli sett og manglende respekt. I forhold til pasienter med demens er kanskje bruk av tvang den største trusselen mot integriteten. Dette underbygges også av Bollig, Pedersen og Førde (2009) hvor helsepersonell ved norske sykehjem og i hjemmetjenesten identifiserer tvangstiltak i forbindelse med stell og medisinerings som en etisk utfordring. Samtidig opplever de vurdering av samtykkekompetanse og ivaretagelse av pasientautonomi som andre utfordringer mot pasienters integritet. Videre kan integriteten til pasienter med demens trues ved at man ikke tar hensyn til deres behov med tanke på kommunikasjon og ivaretagelse av rettigheter, jamfør oppgavens pasientcase.

6.0 SYKEPLEIE SOM IVARETAR INTEGRITETEN

6.1 Integritetsstyrkende sykepleie

For pasienter med demens sykdom kan det være vanskelig å ivareta sin egen integritet – det er da viktig at sykepleieren er bevisst sitt ansvar, og arbeider for at integriteten ikke blir krenket. I forbindelse med sykepleie til pasienter med demens, er det særskilt viktig at sykepleieren gjør seg kjent med pasientens personlige sfære – både gjennom objektive observasjoner av pasienten og samtaler med pasienten. Samtaler med pårørende vil også stå i fokus, sier Engedal og Haugen (2009). Videre gir Kirkevold (2010) flere eksempler på integritetsstyrkende sykepleie. I hovedsak dreier det seg om å identifisere trusler mot integriteten, for så å jobbe for å unngå disse, samt å etablere en ivaretakende relasjon. I sin doktoravhandling viser Andersson (1996, s. 171) til tre grunnleggende prinsipper for å ivareta integriteten hos pasienter med aldersdemens:

- 1) Erkjenne og være lydhør overfor den individuelle pasients opplevelse av sykdommen.
- 2) Lydhørhet overfor den individuelle pasients sårbarhet – og hvordan den påvirkes av avhengigheten til personalet.
- 3) Vise hensyn til den enkelte pasients behov og beskyttelse av den personlige sfæren.

For å oppsummere kan man si at den integritetsstyrkende sykepleien handler om at sykepleieren har kompetanse nok til å ta ansvar for å ivareta integriteten hos en pasient med demens hvis integritet står i fare for å svekkes. Det være seg gjennom varsomhet, hensyn og respekt overfor valg, samt etablering av en relasjon bygget på tillit

6.2 Tillitsskapende sykepleie

Opparbeiding av tillit og benyttelse av tillitsskapende tiltak er en viktig del av den integritetsstyrkende sykepleien. Lege og professor i sosialmedisin, Per Fugelli, sier dette om tillit: *«Tillit er menneskets følelse av at andres godhet, ærlighet og dyktighet er til å stole på. Tillit medfører ofte en overføring av makt til en person eller til et system, makt til å handle på mine vegne, til mitt beste.»* (Fugelli, 2011, s. 104). Videre beskriver han det syke mennesket som særlig avhengig av tillit til andre mennesker. Følelser rundt tap av identitet og integritet forsterker behovet for å stole på andre. I så måte kan man tenke seg en pasient med demens som ekstra sårbar.

I Pasientrettighetsloven §4-3 (1999) er det formulert at tillitsskapende tiltak skal forsøkes før det utøves helsehjelp som pasienten motsetter seg. I et rundskriv utgitt av Helsedirektoratet (2008) står det forslag til hva tillitsskapende tiltak kan være:

Det viktig med en helhetlig tenkning, få pasienten til å forstå hva som skjer eller skal skje. Sykepleiere som kjenner pasienten vil lettere kunne yte helsehjelp uten at pasienten yter motstand. Pasienten vil være mer komfortabel med og ha kan ha større tillit til disse sykepleierne. Ofte vil sykepleiere som kjenner pasienten, og som i tillegg har et nært samarbeid med pårørende, ha kunnskap til hvordan man kan unngå eller redusere bruken av tvang overfor pasienten.

Dersom pasienten motsetter seg helsehjelp, bør man hvis det er mulig, kartlegge årsaken til motstanden. Hvis man vet årsaken, kan sykepleieren tilrettelegge slik at pasienten ikke gjør motstand. Blant annet ved å bruke god tid om dette er mulig. Pasienter med demens bør få nødvendig med tid for å forstå hva som skjer og for å bli innstilt på å motta helsehjelpen. Samtidig er det viktig å forklare ovenfor pasienten om hvorfor helsehjelpen er nødvendig og hva som er konsekvensene.

6.3 Menneske-til-menneske forhold

Travelbees sykepleieteori bygger på en mellommenneskelig prosess, der sykepleieren skal ha som mål å hjelpe pasientene til å mestre, bære og finne mening under sykdom og lidelse. Hun beskriver forholdet mellom sykepleier og pasient som likeverdig, et menneske til menneske forhold uten roller (Kristoffersen, 2005).

Videre beskriver Travelbee kommunikasjon som et av sykepleierens viktigste redskaper. Kommunikasjon er en prosess der mennesker formidler sine tanker og følelser til hverandre. Gjennom kommunikasjon blir sykepleieren kjent med pasienten som person. Sykepleieren må se på pasienten som en enestående pasient, ulik fra alle andre (Travelbee, 1999). I tillegg sier Travelbee at sykepleierens mål og hensikt kan bare oppnås gjennom etableringen av et menneske til menneske forhold. Et slikt forhold etableres mellom personer, ikke roller. Pasient og sykepleier må se hverandre og forholde seg til hverandre som unike personer. Et slikt menneske til menneske forhold etableres gjennom en prosess som har flere faser; det

innledende møte, fremvekst av identiteter, empati, sympati og en etablering av gjensidig forståelse (Kristoffersen, 2005). Dette er særlig utfordrende i møte med pasienter med demens. Kognitiv svikt, som kan medføre at pasienten ikke er orientert for tid og sted, gjør det vanskeligere å opprettholde kontaktforholdet mellom pasient og sykepleier. Videre kan det by på utfordringer når pasienten ikke kjenner sykepleieren igjen fra en dag til en annen. Det innledende møtet er når pasient og sykepleier ikke kjenner hverandre. På grunn av det vil de basere seg på egenerfarte og stereotype oppfatninger når de møtes. Sykepleieren forholder seg til pasienten som den gjør til hvilken som helst pasient. Mens pasienten forholder seg til sykepleieren ut i fra sine forventninger. I det innledende møtet får begge et førsteinntrykk av hverandre. Dersom sykepleier mangler evnen til å "se" mennesket i pasienten, vil omsorgen være upersonlig, mekanisk og overflattisk. Etter hvert som de blir kjent vil pasientens og sykepleierens identitet komme frem. De stereotype rolleoppfatningene vil bli svakere, og de begynner å utvikle et kontaktforhold. Sykepleieren oppfatter pasienten som forskjellig fra andre pasienter, mens pasienten oppfatter sykepleieren som en særegen person, forskjellig fra andre sykepleiere (ibid).

Empati er når en kan oppfatte andres ubehag, forstå hva det skyldes og forutsi hva slags atferd det vil resultere i. Når det forekommer empati mellom to mennesker blir det knyttet bånd. Empati er en nøytral forståelse, som ikke er knyttet til noen handling, eller et ønske om å gjøre noe. Sympati, er på en annen side, en holdning, en måte å tenke og føle på, som sykepleieren formilder til den andre. En sympatisk person føler andres ubehag. Når en uttrykker sympati overfor en pasient, formilder en at en er engasjert i ham som person og bryr seg om hvordan han har det (Travelbee, 1999).

Den siste fasen, gjensidig forståelse og kontakt mellom pasient og sykepleier, er et resultat av de tidligere fasene. Den utvikles når sykepleieren i handling har vist både forståelse og ønske om å hjelpe pasienten med å få det bedre, og hjelper ham (Kristoffersen, 2005). Pasienten får tillit til sykepleieren som gjennom sine handlinger viser seg som en pasienten kan stole på. Denne tilliten kan danne grunnlaget for god samhandling og redusert bruk av tvang.

7.0 DRØFTING

Vår pasientcase om Hans Hansen presenterer en vanlig situasjon på norske sykehjem. Dette underbygges også av Wannebos (2009) studie om tablettknusing i norske sykehjem og Engedal og Kirkevolds (2004, Kirkevold & Engedal, 2010) studier om tablettknusing og skjult medisinerings blant pasienter med demens. Vi har også selv opplevd rutinemessig og ukritisk bruk av tablettknusing som tvang overfor pasienter med demens i praksis og på jobb. Det er ikke vanskelig å forstå at dette går utover pasientens integritet. Særlig ser vi problemet med at tabletter som blir knust én gang – ofte rutinemessig blir knust igjen og igjen...

Sykepleieren i vår pasientcase, har mange valg med tanke på hvordan hun kan handle. Vi har valgt å presentere disse valgene som kontraster – som enten ivaretar eller reduserer pasientens integritet. Deretter diskuterer vi dem opp mot vår problemstilling, som er «hvordan kan sykepleieren ivareta integriteten hos pasienter med demens sykdom som utsettes for tvang ved knusing av livsnødvendige tabletter på sykehjem?»

Tillitsskapning kontra tillitsbrudd vil være den overordnede kontrasten i drøftingen. Videre vil vi også rette fokuset mot andre momenter som en del av tillitsskapning og ivaretagelse av integriteten.

7.1 Tillitsskapning

I vår pasientcase oppstår det er klar kontrast mellom tillitsskapning og tillitsbrudd. Gjennom snart tre år som sykepleierstudenter, vet vi at det er avgjørende at Hansen skal føle tillit til personalet for at han skal samtykke til å ta de livsnødvendige tablettene. Dette presenteres også gjennom Fugellis (2011) artikkel om tillit, og hvordan syke mennesker er avhengig av å kunne ha tillit til mennesker rundt seg. Med en demensdiagnose er Hansen i en særlig sårbar posisjon. De store forandringene de siste månedene, kan føre til at han føler tap av kontroll – noe som igjen kan gå utover hans personlige integritet. I tillegg er det mennesker rundt ham som han ikke stoler på.

Det er en kjensgjerning at tillitsskapende tiltak er svært viktig for å ivareta integriteten til en pasient med demens. Men som vi viser til i drøftingens ingress, blir ofte tablettknusing rutinemessig benyttet på norske sykehjem. I vår pasientcase har ikke sykepleierne forsøkt tillitsskapende tiltak. Slik vi ser det, er det ikke tvangstiltaket i seg selv som er et brudd på tilliten til pasienten. Tillitsbruddet er den rutinemessige bruken av tablettknusing uten forsøk

på tillitsskapning, samt fraværet av informasjon til pasienten. I tillegg blir ikke Hansens rettigheter ivaretatt. I Pasientrettighetsloven Kapittel 4A (1999) står det at tillitsskapende tiltak må være forsøkt før tvang kan utøves. Videre brudd mot tilliten er fravær av informasjon, noe som han har lovfestet rett på. Dessuten er det ikke bare de livsnødvendige tablettene som blir knust. Hva får sykepleieren til å begå tillitsbrudd? I studien til Bollig, Pedersen og Førde (2009) nevnte helsepersonellet kommunikasjon med pasienter med demens som en særlig etiske utfordring. Kan det være at sykepleieren ser på kommunikasjonen med Hansen som «vanskelig»? Synes sykepleieren det er «lettere» å la være å benytte kommunikasjon som tillitsskapende tiltak?

Hans Hansen kommuniserer, i følge pasientcasen, bra – og han gjør seg godt forstått. På en annen side, er det ikke sikkert at Hansen, på grunn av demensen, forstår vårt budskap. Ved tidligere forsøk på å gi tablettene, er det tydelig at Hansen har motsatt seg. Hva kan ha vært grunnen til dette? Ved et egenerfart eksempel observerte en av oss en sykepleier som forsøkte å gi tabletter til en mann med moderat aldersdemens. Det hadde tidligere vært veldig utfordrende å sørge for at han tok tablettene, og sykepleieren gikk inn i situasjonen med et tydelig stresset kroppsspråk. Videre ble det observert at pasienten med en gang kom i forsvar – og begynte å stille spørsmål om tablettene. Sykepleieren lyktes ikke i å sørge for at pasienten tok tablettene sine. Erfaringer viser altså at pasienter med demens er særlig vare på non-verbal kommunikasjon, noe som også underbygges i oppgavens teoridel. Kroppsspråket kan blant annet påvirkes av at man går inn i situasjonen med forventning om at den blir utfordrende. Når det oppstår et misforhold mellom det sykepleieren sier og det hun gjør, kan det føre til usikkerhet hos pasienten. Å skape usikkerhet er i grove trekk det motsatte av å skape tillit. Dessuten vil man ved å skape usikkerhet hos pasienten, svekke dens integritet. Man viser verken varsomhet eller hensyn, og etablerer heller ingen god relasjon til pasienten. På en annen side, kan *riktig* kommunikasjon brukes som et verktøy for å skape tillit og ivareta integriteten til pasienter med demens. I Hansens tilfelle, er det flere tiltak sykepleieren kan benytte som tillitsskapende. Helsedirektoratet (2008) nevner kunnskap om pasienten som en viktig faktor i tillitsskapende sykepleie. Det er altså viktig at sykepleieren forsøker å bli kjent med Hansen, og at hun kartlegger årsaken til hvorfor Hansen ikke vil ta tablettene. Dette kan gjøres gjennom observasjoner av pasienten, samtale med pårørende, annet helsepersonell og pasienten selv. På denne måten kan man skaffe seg forståelse for hvorfor Hansen motsetter seg. I tillegg kan sykepleieren ved å inkludere ham og hans pårørende, sørge for at han føler

seg sett og ivaretatt. Til tross for at Hansen har demens, kan det allikevel danne grunnlaget for en god relasjon. I tillegg er en slik form for ivaretagelse av pasienten, en del av den integritetsstyrkende sykepleien.

Travelbee (1999) sier at for å skape en relasjon basert på tillit, må man se pasienten som en særegen person. Det er gjennom kommunikasjon og menneske-til-menneske forhold at sykepleieren blir kjent med pasienten som en person. Hansen har demens, men han er allikevel en person med en fullverdig integritet – og skal behandles deretter. Small, Geldart, Gutman og Scotts (1998) studier underbygger viktigheten av å se pasienten som en særegen person til tross for den kognitive svikten. De fant blant annet at gjennom å unngå å se på pasienten som hjelpeløs og forvirret, kan man sørge for at pasientens integritet og identitet ivaretas. Sykepleieren kan gjennom å utvikle et kontaktforhold til Hansen, skape tillit. Videre, gjennom empati, sympati og gjensidig forståelse, kan hun sørge for at han velger å ta tablettene uten å motsette seg. Med en empatisk og sympatisk tilnærming viser sykepleieren at hun forstår hvorfor han motsetter seg å ta tablettene. På denne måten kan hun skape et bånd mellom Hansen og seg selv, og han kan føle at han blir «sett» og at han for utløp for sine følelser. Når det kommer til den gjensidige forståelse, er det i følge Travelbee (Kristoffersen, 2005), her tilliten etableres.

På en annen side, kan kommunikasjon knyttet opp mot menneske-til-menneske forhold, være svært krevende når det kommer til pasienter med demens. På grunn av svekket hukommelse, må sykepleieren bruke lang tid på å bygge opp relasjonen. Relasjonen til den demente kan også variere fra dag til dag – og fasene må kanskje gjennomgås på nytt i forbindelse med ulike situasjoner som for eksempel medisindeling. Samtidig kan det være gunstig og bruke andre kommunikasjonsteknikker for å etablere en relasjon til Hansen. Dette kan sykepleieren gjøre gjennom reminisens og validering. Gjennom reminisens kan hun eksempelvis skape en god kontakt med Hansen. Hun kan gjennom arbeid med Hansen og hans minner, sørge for at han føler trygghet i situasjonen. Denne gode kontakten og tryggheten kan igjen legge grunnlaget for forsøk på andre tillitsskapende tiltak. Videre, ved å ha kjennskap til Hansens tidligere liv har sykepleieren større forutsetninger til å prate om ting som interesserer ham, og dermed bruke denne informasjonen til å styrke identiteten og relasjonen til ham.

Som et ledd i tillitsskapende tiltak, er det viktig at sykepleieren tar seg god tid til pasienten.

Ut i fra erfaringer, vet vi at det ikke alltid lar seg gjøre. Hverdagen på et sykehjem er ofte preget av tidspress og lite ressurser. Ved å bruke god tid med Hansen, kan sykepleieren skape

trygghet rundt medisintildelingen. Videre, om sykepleieren har dårlig tid og stresser, kan han føle utrygghet og tap av kontroll over situasjonen. Vil denne følelsen av utrygghet og tap av kontroll hos Hansen føre til at integriteten svekkes?

Vi vet gjennom litteraturgjennomgang og tidligere erfaringer, at integritet bygger på en persons forståelse av sin egen eksistens. Hvilke tanker, følelser og verdier settes i sammenheng med integriteten til pasienter med demens? Må sykepleieren ta utgangspunkt i tidligere verdier hos pasienten, eller er det «nuet» som teller? Og når er det tvang krenker integriteten? Vil tvang alltid være krenkende? Er det en subjektiv følelse hos pasienten, eller er det en objektiv observasjon av sykepleieren? Er det tvang om pasienten føler tillit til deg? Når vi vet at en persons integritet bygger på forståelsen av sin egen eksistens, oppstår det i vår pasientcase, to motsetninger – Hansens personlige integritet før og etter demensdiagnosen. En pasient med aldersdemens har levd et liv med egne verdier og personlige erfaringer – som har vært med på å forme hans integritet. Med diagnosen aldersdemens, husker Hansen svært lite fra sitt liv før han ble dement. Ut i fra våre erfaringer, opplever vi da at integriteten er mer knyttet opp mot «nuet». På denne måten vil krenkelse av integriteten også være en subjektiv følelse hos pasienten. På en annen side, kan sykepleieren *føle* at hun krenker Hansens integritet når hun ikke informerer ham om de knuste tablettene. Men når Hansen ikke informeres, vil han heller ikke ha en subjektiv opplevelse av at integriteten hans krenkes. Tvang er i utgangspunktet konstant, og blir definert som fravær av samtykke. I Hansens tilfelle er tablettknusing et tvangstiltak. Det vil det også være, selv om sykepleieren oppnår tillit til Hansen. På en annen side, kan sykepleieren redusere bruken av tvang ved tillitskapning. Gjennom tillit, kan også bruken av tvang oppleves annerledes. Hvis Hansen stoler på den sykepleieren som utøver tvangstiltaket, kan dette gjøre at tvangen oppleves mildere for ham. Dermed kan også sykepleieren føle at hun ikke krenker integriteten på samme måte som hun hadde gjort hvis han ikke følte tillit. Men samtidig, kan det oppleves som et tillitsbrudd for Hansen at sykepleieren som han stoler på, utøver tvang. Kirkevold (2010) sier at tvang er en trussel mot integriteten. Følelsen av at integriteten er truet hos pasienter med demens er i stor grad knyttet opp mot «nuet» og den subjektive følelsen av at integriteten blir krenket. Allikevel kan sykepleieren føle at hun krenker integriteten også når pasienten «ikke vet» - som i Hansens tilfelle.

7.1.1 Å gi informasjon

Pasientcasen presenterer videre en kontrast mellom å gi informasjon og fravær av informasjon. Slik vi ser det, er dette et tillitsbrudd. Sykepleieren velger ikke å informere Hansen om de knuste tablettene – ei heller i etterkant. Det er hjemlet i loven at til tross for at han er vurdert ikke samtykkekompetent hva egen helsehjelp angår, har han rett på informasjon. I tillegg plikter sykepleieren til å informere ham på en slik måte at han forstår informasjonen (Pasientrettighetsloven, 1999).

Svekker det Hansens integritet når han ikke vet at tablettene blir knust? Og svekker det hans integritet når han egentlig ikke har noe valg? Som et resultat av at sykepleieren ikke ivaretar Hansens rettigheter med tanke på informasjon, trues integriteten hans. Tvang er nøye regulert gjennom lovgivning nettopp for å hindre at dette skal skje.

På en sykehjemsavdeling, er det mange som jobber. Som en pasient med demens sykdom, er Hansen særlig avhengig av trygge rammer og faste rutiner. Dette kan være vanskelig å sørge for fordi han møter forskjellige sykepleiere og annet helsepersonell fra dag til dag. Dette kan skape utfordringer blant annet når det gjelder informasjonen som blir gitt Hansen. Slik vi ser det, er det derfor viktig at sykepleierne er samkjørte i møtet med ham.

Ved å gi informasjon kan sykepleieren få Hansen til å forstå at det er til hans beste at han tar tablettene, selv om han ikke skjønner hensikten. Informasjonen skal som nevnt tidligere bli gitt på en måte som legger til rette for at han skal forstå. Det kan være gjennom at man deler opp informasjonen, og forklarer han trinn for trinn hvorfor tablettene er livsnødvendige. Ved å bruke færre ord, og kun gi en beskjed av gangen vil man kunne gi Hansen større forutsetninger for å forstå.

Videre står det i Pasientrettighetsloven§3-3 (1999) at pasientens pårørende har rett til informasjon om pasienten ikke er samtykkekompetent. Vil de ha informasjon hver gang? Eller ønsker de ikke alltid informasjon? Vår erfaring tilsier at pårørende setter pris på all informasjon som blir gitt. Samtidig er det mange sykepleiere som velger å ikke ringe pårørende for å informere, men heller velger å vente til de kommer på besøk. Å gi informasjon i etterkant på denne måten, kan svekke relasjon mellom sykepleier og pårørende. På en annen side har vi opplevd pårørende som ikke *vil* ringes til, men heller motta informasjon i forbindelse med pasientbesøk. I så måte er det viktig at sykepleierne kartlegger pårørendes ønsker angående informasjon.

7.1.2 Livsbevarende sykepleie

I Hansens tilfelle oppstår også en kontrast mellom livsbevarende og livstruende sykepleie. Wannebo (2009) sier at sykepleieren har en nøkkelrolle når det gjelder legemiddelhåndtering på sykehjemmet, og som sykepleiere vet man at det er livsnødvendig for Hansen å ta tablettene mot hjertesvikt. I casen opplyses det om at Hansen ikke er orientert for tid og sted, samt at han har liten eller ingen innsikt i egen sykdom. Dette er faktorer som er med å avgjøre om pasienten har samtykkekompetanse. På grunn av sin demenssykdom er han ikke psykisk tilstede, og har dermed få forutsetninger for å ta avgjørelser med tanke på egen helsehjelp. Han vurderes derfor som ikke-samtykkekompetent, og sykepleierne har da et ansvar for å sørge for at han tar tablettene selv om det kan svekke hans integritet. Ved at han er vurdert som ikke samtykkekompetent, har han innskrenket autonomi. Vil tapet av autonomi svekke hans integritet? Det vil i slike situasjoner være særlig viktig at sykepleieren respekterer Hansens autonomi i andre situasjoner. Selv om han har innskrenket autonomi hva egen helsehjelp angår, vil han kunne være autonom når han stilles overfor andre valg. Det kan være spesielt viktig for Hansen og kunne oppleve følelse av selvbestemmelse når han på noen områder har mistet denne retten. Ved at sykepleieren ikke overkjører ham på andre valg han er kompetent til å ta selv, viser hun respekt og legger til rette for ivaretagelse av hans integritet. Men hva ville skjedd om sykepleieren ikke gav han de livsnødvendige tablettene? Han har symptomer som tilsier at hjertesvikten er i forverring. Uten behandling kan han få lungeødem, som kan være fatalt. Gjennom lovhjemmel, plikter sykepleieren til å utføre livsnødvendig helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse. I Hansens tilfelle, vil det si at sykepleieren plikter i å sørge for at han tar tablettene. De fleste sykepleiere vil være enige i at om Hansen skulle nekte å ta tablettene, vil det være hensiktsmessig å knuse dem og gi ham dem skjult.

Men hva om Hansen skulle motsette seg til tross for forsøk på tillitsskapende tiltak? Sykepleieren har to klare valg. Hun kan enten velge å respektere Hansens valg om å ikke ta tablettene. På den måten jobber hun «på siden av loven» - og hun kan i verste fall risikere at han dør. Eller hun kan knuse tablettene og gi dem skjult. På den måten gir hun Hansen livsbevarende sykepleie, jamfør Pasientrettighetsloven (1999). Men svekker hun Hansens integritet?

Man kan ikke alltid ta hensyn til pasientens valg når det står om pasientens liv og helse.

Hansen, som er uten samtykkekompetanse har krav på at sykepleieren ivaretar hans rettigheter

gjennom at hun tar riktige avgjørelser i forhold til hans helsehjelp. Det ville svekket integriteten om hun ikke ivaretok Hansen rettigheter.

I pasientcasen, er det ikke bare de livsnødvendige tablettene som knuses. Sobril, som er et psykofarmaka, knuses også. Vi har erfart at dette er en vanlig prosedyre. Knuses en tablett – knuses gjerne alle som kan knuses. Dette underbygges også av Wannebo (2009) og Engedal og Kirkevold (2004, Kirkevold & Engedal, 2010). Behandling med psykofarmaka, er ikke livsnødvendig behandling. Dette sier også Engedal (2000). En ikke-samtykkekompetent pasient, skal kun gis livsnødvendig behandling som tvangstiltak. Dette er jamfør Pasientrettighetsloven Kapittel 4A, som sier at «*En unnlattelse av å gi helsehjelpen skal føre til vesentlig helseskade for pasienten*». Slik vi ser det, bør ikke Hansen medisineres skjult mot uro. Knusing av sobril er dermed også en faktor som kan svekke Hansens integritet. Men som en motsetning til dette viste Treloar, Beats og Philpots (2000) studie at mange pårørende av personer med demens stiller seg positive til tablettknusing og skjult medisinerer mot uro. Stiller pårørende seg mer positiv til knusing av psykofarmaka mot uro enn sykepleiere? Og kan det bli betraktet som «livsnødvendig» å holde pasienten i ro? Ut i fra våre erfaringer, ser det ut til at mange mener dette. Vi har selv aldri opplevd at man unngår å knuse psykofarmaka som eksempelvis Sobril, når livsnødvendige tabletter skal knuses. Vi stiller oss noe kritisk til Treloars, Beats og Philpots forskning, fordi vi opplever at pårørende sjelden blir informert når psykofarmaka knuses.

7.1.3 Pårørende som bindeledd

Pårørende er et viktig ledd i å ivareta integriteten til en pasient med demens. Dette gjelder både med tanke på kommunikasjon med pasienten og kjennskap til hvordan pasienten var tidligere, samt avgjørelser i forhold til tvangsspørsmål. Med utgangspunkt i vår pasientcase, kan vi lett identifisere kontrastene mellom å benytte pårørende som bindeledd eller ikke inkludere pårørende i pasientens behandling.

I mange tilfeller ønsker pårørende å være delaktige i pasientens behandling. De søker informasjon, og forventer at sykepleieren informerer dem ved tiltaksendringer. Mange pårørende vil også delta i beslutningsprosessen hva nye tiltak angår. Dette har de, som vi tidligere har nevnt, også rett på. Sykepleieren er dessuten pliktig til å sørge for at pårørende til pasienter som ikke er samtykkekompetente, blir tatt med i beslutningsprosessen angående

helsehjelp. Dette er kanskje spesielt viktig ved bruk av tvang, som eksempelvis tablettknusing. Hans Hansen er ikke samtykkekompetent, og pårørende er særlig da en viktig ressurs for sykepleieren – det er de som kan være med på å sørge for at pasienten mottar sykepleie som står i forhold til hans ønsker og behov. De pårørende kan også fungere som gode støttespillere og ressurser for pasienten. I Hans Hansens tilfelle, ser vi at han oppleves som roligere og med enkelte klare øyeblikk når familien er på besøk. De pårørende bidrar i denne situasjonen som trygghet for ham. Hvordan kan sykepleieren benytte seg av dette? Det er viktig for sykepleieren og knytte pårørendes kunnskap om pasienten opp mot sin egen kunnskap om helsehjelp og god sykepleie. De pårørende kan fungere som et bindeledd mellom Hansen og sykepleieren. De kan fremme hans ønsker og behov, og gjennom samtaler med pårørende kan sykepleieren få et inntrykk av Hansens verdier. Kan det for eksempel ligge årsaker til grunn for at han nå motsetter seg å ta tablettene? Men på en annen side, skal ikke pårørende brukes ukritisk.

Mange pårørende har kanskje gjennom mange år før pasienten kommer på sykehjem, måtte fungert som en omsorgsperson. De opplever det som en enorm lettelse når pasienten endelig får innvilget langtidsopphold, og at andre får ansvaret. De har kanskje ønsker om å ikke delta i avgjørelser rundt pasientens behandling.

Det er viktig at sykepleieren finner ut av i hvor stor grad de pårørende vil delta i behandlingen av pasienten. I Hansens tilfelle, er de pårørende ofte innom på besøk. Det styrker forutsetningene for å skape en god relasjon til pårørende, og identifisere deres ønsker og behov med tanke på helsehjelpen til Hansen. Dessuten er det lettere å få til et samarbeid med pårørende som man ser ofte, enn de pårørende man snakker sporadisk med over telefon. Når det gjelder relasjonen mellom sykepleier og pårørende, er sykepleieren i en særposisjon med tanke på kunnskap om bruk av tvang. Hvordan stiller de pårørende seg til bruk av tvangstiltak som tablettknusing? Treloar, Beats og Philpots (2000) studie viste at nesten alle pårørende og omsorgspersonene rundt pasienter med demens mente at det var riktig å knuse tabletter og gi de skjult til pasienten om det var den eneste måten man kunne sikre at behandlingen ble gjennomført på.

Gjennom pårørende kan sykepleierne bli kjent med Hansens tidligere verdier. Hans livshistorie kan være til hjelp for å ivareta hans integritet og identitet.

8.0 KONKLUSJON

Etter å ha arbeidet med dette litteraturstudiet, spør vi oss: kan man fullt og helt ivareta integriteten til en pasient med demens som utsettes for tvang? Vi mener at dette er utfordrende. Man kan jobbe for å ivareta integriteten i størst mulig grad, men det vil allikevel være noe som taler i mot: tvang er i utgangspunktet en krenkelse mot en persons integritet. Det vil altså ikke være mulig å utføre tvang – og samtidig ivareta integriteten helt og holdent. Vi mener det er mange måter sykepleiere kan jobbe for å ivareta integriteten til pasienter med demens som utsettes for tvang ved tablettknusing. For det første bør tillitskapning alltid stå i fokus i møte med pasienter med demens. Videre kan sykepleieren jobbe for veiledning av kollegaer i tillitsskapende tiltak, aktuelle lover og etikk. På denne måten kan man sørge for en form for kompetanseheving. Videre kan det vært viktig å sette av tid til diskusjon og refleksjon i forbindelse med ulike pasientsituasjoner relatert til etiske utfordringer i tvangsøyemed. Slik kan sykepleierne tilrettelegge for flere synspunkter, og samtidig åpne for samkjøring av pasientrettet samarbeid.

Avslutningsvis ser vi viktigheten av videre forskning rundt dette tema. Det har tidligere vært gjort mye forskning rundt forekomsten av tablettknusing som tvangstiltak, og det hadde vært spennende og interessant å knytte dette opp mot empiriske kvalitative studier. I tillegg ser vi også verdien av økt kunnskap rundt erfaringer knyttet til ivaretagelse av integriteten hos pasienter med demens som utsettes for tvang.

9.0 LITTERATURLISTE

*Andersson, M. (1996). *Integritet som begrepp och princip. En studie av ett vårdetiskt ideal i utveckling*. Finland:Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap.

*Berentsen, V.D. (2010). Kognitiv svikt og demens. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A.H. (Red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Bollig, G., Pedersen, T. & Førde, R. (2009). *Etikk i sykehjem og hjemmetjenester*. Lokalisert på: http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-nyhet?p_document_id=279903

*Brækhus, A., Dahl, T.E., Engedal, K. & Laake, K. (2005). *Hva er demens?* Forlaget Aldring og helse.

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

*Dolonen, K.A. (2009). *Tenk for du knuser!* Lokalisert på <http://www.sykepleien.no/nyhet/149175/tenk-for-du-knuser!>

*Engedal, K. (2000). *Urunde hjul. Alderspsykiatri i praksis*. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

*Engedal, K., & Haugen, P.K. (2009). *Demens – Fakta og utfordringer*. (5. Utg.). Forlaget Aldring og helse.

*Engedal, K. & Kirkevold, Ø. (2004). *Prevalence of patients subjected to constraint in Norwegian nursing homes*. Scandinavian Journal of Caring Sciences. Volume 18, Issue 3, pages 281-286, September 2004.

*Engedal K. & Kirkevold, Ø. (2009). *Is covert medication in Norwegian nursing homes still a problem?: a cross-sectional study*. Lokalisert på:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19476400>

*Engedal, K., Kirkevold, Ø., Eek, A. & Nygård, A.M. (2002) *Makt og avmakt. Rettighetsbegrensinger og bruk av tvangstiltak i institusjoner og boliger for eldre*. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

*Fauksanger, H.T., & Irgens, M.M.B. (2010). *Sykehjem trenger bedre kunnskap om legemidler*. Lokalisert på <http://www.sykepleien.no/standpunkt/kronikk/421740/sykehjem-trenger-bedre-kunnskap-om-legemidler>

Fjørtoft, A-K. (2006). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

*Fugelli, P. (2011). *Grunnstoffet tillit*. Sykepleien Forskning, 02/11. 104-105.

Hauge, S. (2010). Sykepleie i sykehjem. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A.H. (Red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Heap, K. (2002). *Samtalen i eldreomsorgen, kommunikasjon – minner – kriser – sorg*. (3. Utg.). Oslo: Kommuneforlaget.

*Helsedirektoratet (2008). *Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp – informasjon til pasienter og pårørende*. (Rundskriv IS – 1568). Oslo: Helsedirektoratet. Lokalisert på <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsehjelp-til-pasienter-uten-samtykkekompetanse-som-motsetter-seg-helsehjelp-informasjon-til-helsepersonell/Publikasjoner/helsehjelp-til-pasienter-uten-samtykkekompetanse-som-motsetter-seg-helsehjelp-info-helsepersonell.pdf>

*Helse- og omsorgsdepartementet. (1999, oktober). *Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjeneste*. Oslo: Departementet.

Hummelvoll, J.K. (2004). *Helt – Ikke stykkevis og delt*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Johnsen, L. & Smeby, K.L. (2008). Bruk av tvang i demensomsorgen. I Rokstad, A.M, Mork, Smebye, K.L. (red). *Personer med demens. Møte og samhandling*. Oslo: Akribes. Kirkevold, M. (2010). Den gamles integritet. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A.H. (Red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Kirkevold, Ø. (2007). Bruk av tvang i norske sykehjem. Overgrep eller nødvendig del av omsorg? *Utposten*. Nr. 6. Lokalisert på <http://www.utposten-stiftelsen.no/LinkClick.aspx?fileticket=oD8KbRmIUCE%3D&tabid=267&mid=777>

*Kirkevold, Ø., & Engedal, K. (2004). *Concealment of drugs in food and beverages in nursing homes: cross sectional study*. Lokalisert på: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15561732>

*Kirkevold, Ø., & Engedal, K. (2010) *Legemiddelhåndtering i norske sykehjem med fokus på knusing av medikamenter*. Lokalisert på: <http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/337004/legemiddelhandtering-i-norske-sykehjem-med-fokus-pa-knusing-av-medikamenter>

Kristoffersen, N.J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt F., & Skaug, E.A. (Red.). *Grunnleggende sykepleie. Bind 4*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Kunnskapsforlaget. (2004). *Medisinsk ordbok*. Aschehoug & Co. AS og Gyldendal Norsk Forlag ASA, Oslo.

*Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2008). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Lokalisert på

<http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/Sjekklister+for+vurdering+av+forskningsartikler.2031.cms>

Nordeng, H. (2007). Grunnleggende kunnskap. Hva er legemidler, og hvordan brukes de? I Nordeng, H., & Spigset, O. (Red.). *Legemidler og bruken av dem*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norsk Sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler*. Norsk Sykepleierforbund.

*Pasientrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (1999). Lokalisert på: <http://www.lovdata.no>

Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk*. (5. Utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Slettebø, Å. (2010). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A.H. (Red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Small, J.A, Geldart, K., Gutman, G., & Scott, M.A.C. (1998). The discourse of self in dementia. *Ageing and Society*. Volume 18. 291-316.

*Solheim, K. (2009). *Demensguide. Holdninger og handlinger i demensomsorgen*. (2. Utg.). Universitetsforlaget.

Solvoll, B.A. (2005). Identitet og egenverd. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt F., & Skaug, E.A. (Red.). *Grunnleggende sykepleie. Bind 3*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Statens Helsetilsyn. (2003). *Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud*. Rapport nr. 10. Oslo: Statens Helsetilsyn.

*Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo, Universitetssykehuset.

*Treolar, A., Beats, B., & Philpot, M. (2000). A pill in the sandwich: covert medication in food and drink. *Journal of the Royal Society of Medicine*. Volume 93.408-411.

*Tvang. (2010). I *Bokmålsordboka*. Lokalisert på <http://www.ordbok.com/norsk/bokmalsordboka.html>

*Wannebo, W. (2009). *Tablettknusing i sykehjem – en sikkerhetsrisiko for pasienten?*
Lokalisert på: http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-nyhet?p_document_id=149622

VEDLEGG 1:
FRAMGANGSMÅTE VED ARTIKKELSØK/SØKEHISTORIKK

Dato	Søkeord	Databaser	Avgrensning	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
17.01.2012	Dement* AND constrain* AND medication AND integrity	PubMed	Siste 5 år	1	1	0	0
17.01.2012	Samme søkeord	Samme database	-	4	0 (1 lest fra før)	0	0
17.01.2012	Drug AND concealment AND dementia AND nursing	Samme database	-	2	2	1	1
17.01.2012	Dementia OR covert AND medication	Samme database	-	11 (3 fulltekst)	1	1	1
19.01.2012	Tvang, demens, tablettknusing, integritet	Svemed+, via Helsebiblioteket	-	0	0	0	0
19.01.2012	Tablettknusing	Samme database	-	1	1	1	1

22.01.2012	Tablettknusing, demens, sykehjem	Sykepleien Forskning	-	2	2	2	2 (hvorav en inkludert fra tidligere søk)
24.01.2012	Etikk, tvang, demens	Samme database	Alle ord	3	2	2	2 (hvorav en inkludert fra tidligere søk)
27.01.2012	Constraint AND nursing AND norway	PubMed		2 (hvorav ingen i fulltekst)	1 (fant artikkelene i tidsskrift)	1	1
27.01.2012	Covert medication AND nursing AND qualitative	Samme database	-	1	0	0	0
27.01.2012	Covertmedication AND nursing	Samme database	-	15	4	2	2 (hvorav en inkludert fra tidligere)
01.02.2012	Constrain* OR dement* AND integrity AND nursing	Samme database	-	0	0	0	0
04.02.2012	Legemiddelhåndtering, medikament*, tvang, demens	Sykepleien Forskning	Alle ord	1	1	1	1 (inkludert fra tidligere søk)

VEDLEGG 2: PRESENTASJON AV FUNN VED ARTIKKELSØK

Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Deltagere /frafall	Hovedfunn	Bedømmelse avkvalitet
Kirkevold, Ø. & Engedal, K. 2004, Norge <i>British Medical Journal</i>	<i>Concealment of drugs in food and beverages in nursing homes: a cross sectional study</i>	Å belyse forekomsten av skjult medisinerings på sykehjem i Norge	Kvantitativ studie/ intevju	Ca. 1800/15	Rutinemessig, skjult medisinerings er vanlig på norske sykehjem – og er spesielt knyttet opp mot demens.	God, relevant for å underbygge temaet i problemstilling -en
Wannebo, W. 2009, Norge <i>Sykepleien Forskning</i>	<i>Tablettknusing i sykehjem- en sikkerhetsrisiko for pasienten?</i>	Finne utbredelsen av tablettknusing i Nordtrønderske sykehjem. I tillegg å finne elementer som kan være til skade for pasienten.	Kvantitativ studie/ spørreskema	19 sykehjem/ ?	Knusing av tabletter er vanlig på nordtrønderske sykehjem. Det er høy forekomst av ukritisk knusing av depot- og enterotabletter.	Ok. Relevant for å underbygge temaet i problemstilling en. Kritikk: Kun sykehjem i Nord-Trøndelag. Ikke informasjon om evt. frafall.
Kirkevold, Ø. & Engedal, K. 2010, Norge. <i>Sykepleien Forskning</i>	<i>Legemiddelhåndtering i norske sykehjem med fokus på knusing av medikamenter</i>	Kartlegge rutiner og kvalitetssikring av legemiddelhåndteringen på norske sykehjem – med fokus på knusing og deling av tabletter.	Kvantitativ studie/ spørreskema	721 sykehjem/ 463	Halvparten av avdelingene oppgav at de tilsatte knuste tabletter i mat eller drikke uten å informere pasienten. Dette ble sjelden dokumentert som avvik.	God.
Bollig, G., Pedersen, R., & Førde, R. 2009, Norge. <i>Sykepleien Forskning</i>	<i>Etikk i sykehjem og hjemmetjenester</i>	Å undersøke etiske utfordringer og systematisk etikkarbeid i sykehjem og hjemmetjenester.	Kvalitativ studie / pilotstudie: telefonintervju	19/0	Systematisk etikkarbeid er lite utviklet i norske sykehjem og hjemmetjenester. Det er mange etiske utfordringer i sykehjem. Mange ønsker kompetanseheving.	God. Relevant for drøftning og konklusjon.
Engedal, K. & Kirkevold, Ø. 2004, Norge <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>	<i>Prevalence of patients subjected to constraint in Norwegian nursing homes</i>	Beskrive forekomsten av ulike typer tvang på norske sykehjem	Kvantitativ studie/prev alensstudie/ intevju	1501/?	Bruken av tvang er et problem i norske sykehjem.	God. Kritikk: kom ut før Pasientrettighet sloven kapittel 4a.

Engedal, K. & Kirkevold, Ø. 2009, Norge.	<i>Is covert medication in Norwegian nursing homes still a problem?</i>	Å undersøke om skjult medisinerer er et problem i norske sykehjem.	Kvantitativ studie	1943 pasienter deltok	Skjult medisinerer er fortsatt et problem i norske sykehjem, men det dokumenteres oftere nå enn tidligere.	God. Underbygger forrige artikkel vi valgte om samme tema.
Treloar, A., Beats, B. & Philpot, M. 2000, England. <i>Journal of the Royal Society of Medicine</i>	<i>A pill in the sandwich: covert medication in food and drink</i>	Å sammenlikne helsepersonell og pårørendes meninger angående skjult medisinerer til personer med demens.	Prevalens og kvalitativt studie/ comparison	34 bofasiliteter for personer med demens. 50 pårørende – alle deltok	De fleste omsorgspersonene for personer med demens, også pårørende, mente at skjult medisinerer kan rettferdiggjøres.	God. Spesielt relevant med tanke på drøfting av pårørende som bindeledd.