



Høgskolen i **Hedmark**
Campus Elverum
Avdeling for Folkehelsefag

4AVS304

Brit Inger Gaare og Camilla Sandvik

Veileder: Marit Berg

Bruk av tvang i sykepleien til demente pasienter

Use of restraints in nursing care to dementia patients

Bachelor i Sykepleie, Kull 121

2012

Antall ord: 10 880

Samtykker til utlån hos biblioteket: JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage: JA NEI

Treet, bladene og den demente

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 vel.

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, s. 17).

INNHOLDSFORTEGNELSE

1 INNLEDNING	5
1.1 Bakgrunn for å skrive oppgaven – ulike perspektiver	5
1.2 Valg av problemstilling	6
1.3 Problemstilling	6
1.4 Avgrensning av oppgaven	6
1.5 Pasientcase.....	7
1.6 Anonymisering	8
1.7 Begrepsavklaring.....	8
1.8 Disposisjon	9
2 METODEDEDEL.....	10
2.1 Litteratursøk	10
2.2 Kildekritikk og etisk vurdering	12
3 ETISKE UTFORDINGER I SYKEPLEIEN	15
3.1 NSF: Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.....	15
3.2 Autonomi og paternalisme	16
3.3 Samtykke til helsehjelp	17
3.4 Pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp	17
4 ALZHEIMERS SYKDOM OG KOMMUNIKASJON	19
4.1 Hva er Alzheimer	19
4.2 Medisinering av personer med Alzheimer	20
4.3 Kommunikasjon og samhandling ved Alzheimers sykdom	21
5 SYKEPLEIETEORETIKEREN JOYCE TRAVELBEE	22
5.1 Menneske- til- menneske- forhold og kommunikasjon.....	22
6 DRØFTINGSDEL.....	24
6.1 Autonomi eller paternalisme	24
6.2 Tillitskapende tiltak.....	30

7 KONKLUSJON.....	35
REFERANSELISTE	37
VEDLEGG	42
I Selvvalgt litteratur.....	42
II Søkehistorikk	46
III Artikkelanalyse	48

1 INNLEDNING

Vi har valgt å ta for oss temaet ”Bruk av tvang i sykepleien til demente pasienter”, som er ett av tre temaer presentert i retningslinjer for Bacheloroppgaven. Grunnen for at valget falt på demens og tvang som tema, er at vi begge har jobberfaringer med demente pasienter og vi synes temaet er både interessant, relevant og utfordrende for oss som kommende sykepleiere.

1.1 Bakgrunn for å skrive oppgaven – ulike perspektiver

Utfordringer innen demens er mange. Tallene fra Demensplanen «Den gode dagen» fra Helse- og omsorgsdepartementet viser til at det er rundt 66 000 mennesker som lider av demens i Norge. Demente pasienter lever ofte lengre enn mange andre og forekomsten er stigende med økende alder. Demensplanen viser til at stadig flere får diagnosen demens, og den opptrer i yngre alder enn før. Dette fører til at demenssykdommen stadig vokser seg større og trolig vil være fordoblet til 135 000 innen år 2040. Det er derfor viktig for oss som kommende sykepleiere at vi opparbeider oss kunnskaper om demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

Å kunne bestemme over seg selv er ofte en selvfølge. Stadig flere med demens har manglende samtykkekompetanse og er ofte utsatt for tvangstiltak og rettighetsbegrensninger. Respekten for pasientens integritet og verdighet kan bli glemt (Kirkevold, 2005). Mange demente pasienter har i tillegg andre somatiske sykdommer som fører til at sykepleiebehandlingen kan være omfattende. Ikke alle demente pasienter ønsker eller forstår hvorfor de skal ta medisiner, og de kan derfor motsette seg å ta tablettene grunnet manglende sykdomsinnsikt, redusert kommunikasjonssevne og forståelse for sitt eget beste (Ranhoff & Børdahl, 2008).

Vi har valgt å bruke sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee`s teorier om kommunikasjon og mellommenneskelige forhold for å få frem sykepleierollen. I relasjoner med demente pasienter er det viktig å få til et godt samarbeid som kan bidra til økt autonomi der pasienten får en følelse av ”å bli sett”, bekreftelse på identitet og egenverd (Engedal & Haugen, 2009). For å gi god sykepleie til pasienten, må sykepleieren sørge for å holde sin kompetanse på et høyt faglig

nivå. Dette innebærer engasjement og forståelse for pasienten, kunnskap om kommunikasjon, tilnæringsmetode og utvikling av egen etisk kompetanse.

1.2 Valg av problemstilling

Temaet ”Bruk av tvang i sykepleie til demente pasienter” omfatter et vidt spekter innen demensomsorgen. Det falt oss naturlig å tenke på hvor viktig kommunikasjon og samhandling som tillitskapende tiltak kan være for å oppnå trygghet og tillit i samarbeidet mellom sykepleier og pasient. Vi tror dette sammen kan bidra til å redusere bruk av tvang hos demente pasienter ved medisinerings. Vi fant ut at dette var noe vi ønsket å gå nærmere inn på.

1.3 Problemstilling

Kan tillitskapende tiltak forhindre bruk av tvang hos pasienter med Alzheimers sykdom som motsetter seg medisinerings?

1.4 Avgrensning av oppgaven

Ut fra tema, problemstilling og pasientcase ønsker vi å avgrense tillitskapende tiltak i denne oppgaven til å omhandle kommunikasjon og samhandling. Hvordan vi uttrykker oss verbalt og non-verbalt forbinder vi med kommunikasjon. Å være sosial, skape et samarbeid og samspill assosierer vi med begrepet samhandling. Vi kommer ikke til å gå inn på andre former for tiltak som kan være tillitskapende, men vi har valgt å trekke inn ulike situasjoner som kan ha betydning for samhandlingen. Vi har valgt å fokusere på Joyce Travelbee`s teorier om kommunikasjon, tillit og menneske- til- menneske- forhold og hvordan dette kan være med på å bidra til å redusere bruken av tvang hos pasienter med demens i sykehjem. Reminisens og validering som er to av tre kommunikasjonsmetoder med demente har vi valgt å utelukke da vi ikke anser de som relevante for problemstillingen. Vi vil kort presentere realitetsorientering som kommunikasjonsmetode.

Demens omfavner en stor pasientgruppe, og vi har derfor valgt å avgrense oppgaven til pasienter med moderat Alzheimers sykdom. Vi går inn på utfordringer som oppstår ved medikamenthåndtering ved Alzheimers sykdom, og ikke inn på andre utfordringer som

oppstår ved denne sykdommen. I casen presentert nedenfor har vi nevnt Johans tilleggssykdommer for å belyse hvor viktig det er at han får i seg medisinene sine og vi kommer til å trekke dette inn i drøftingsdelen vår. Vi går ikke nærmere inn på tilleggssykdommer og medikamentene i teoridelen og kommer derfor ikke til å nevne hvilke helseskader som kan oppstå hvis Johan ikke får medisinen sin, da vi ikke anser det som relevant for oppgavens problemstilling.

For å belyse utfordringer som oppstår ved Alzheimers sykdom har vi valgt å gå nærmere inn på pasient- og brukerrettighetsloven, deriblant samtykkekompetanse og NSF's yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Dette for å trekke inn hva regelverket sier i forhold til de etiske utfordringer som oppstår mellom ivaretagelsen av pasientens autonomi og paternalisme ved medisinerings, og hvordan denne kunnskapen kan bidra til at vi som sykepleiere reduserer vår bruk av tvang.

1.5 Pasientcase

Det å skrive en case er med på å avgrense oppgaven ut fra problemstilling og som vi ønsker å trekke inn i drøftingskapitlet vårt.

Johan er 80 år og bor på TUNET sykehjem. Han har ingen etterlatte og ble enkemann for åtte år siden. Johan har vært på TUNET sykehjem i fem år, trives og har det bra. Johan ble for tre år siden diagnostisert med moderat Alzheimer og har problemer med hukommelse og orienteringsevne. Han er ofte urolig og vandrer mye, han har også blitt mer utagerende og sint den siste tiden. Johan roer seg ned og er mer samarbeidsvillig hvis helsepersonellet bidrar til ro på avdelingen og tar seg tid til han. Legen har besluttet at Johan har begrenset samtykkekompetanse.

Johan har hatt diabetes mellitus type 2 siden han var ung og behandles med Aprovel daglig. Han har i tillegg slitt med hypertensjon i mange år som har ført til hjerteinfarkt og ødemer i beina. Han er derfor satt på Furosemid, men også Selo-Zok som profylakse. I tillegg tar han legemidlet Aricept som symptomatisk behandling av Alzheimer.

Johan har i det siste nektet å ta medisinen sin, da han ikke forstår hvorfor dette er nødvendig. Det hender at sykepleiere er nødt til å tilsette medisinene i mat og drikke, og at knusing av tabletter forekommer. Noen ganger gir sykepleierne opp å få i Johan medisinene sine, grunnet

en travel arbeidsdag. Kommunikasjon og samhandling med Johan kan i perioder være krevende for helsepersonellet da Johan motsetter seg helsehjelp.

1.6 Anonymisering

Vi har valgt å skrive case med en fiksert person, som vi begge kan forholde oss til. I oppgaven kommer vi til å benytte eksempler fra egne erfaringer, men vi vil ikke navngi pasienter eller steder. Slik bryter vi ikke taushetsplikten og holder pasienter anonymisert.

1.7 Begrepsavklaring

Pasient blir i NOU 1992:8 Lov om pasientrettigheter foreslått definert på følgende måte: ”Med pasient menes en person som henvender seg til helsevesenet med anmodning om helsehjelp og som helsevesenet gir eller tilbyr helsehjelp i individuelle tilfeller” (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998-99).

Alzheimer blir definert av Engedal & Haugen (2009, s. 20) som:

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 adferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid (Engedal & Haugen, 2009).

Tvang blir vurdert i juridisk sammenheng som: ”fravær av samtykke” (Johnsen & Smebye 2008, s. 210).

Tvang blir også definert av Engedal, Kirkevold, Eek, & Nygård (2001, s. 6) som:

Rettighetsbegrensninger er forhold som hindrer privatliv, personlig frihet og rett til å bestemme over enkle daglige aktiviteter. Tvang er bruk av redskap som hindrer pasientens bevegelsesfrihet eller tilgang til egen kropp, fysisk holding ved undersøkelse og behandling, og i forbindelse med omsorgstiltak ... og tilsetning av medisiner i mat og drikke – som utøves daglig eller av og til (Engedal, Kirkevold, Eek, & Nygård, 2001).

Tillitskapende tiltak er det samme som en god faglig tilnærming til pasienten og den problematikken pasienten sliter med (Johnsen & Smebye, 2008, s. 220).

Medisinering eller medikasjon vil si å ordinere eller innta et legemiddel (Nylenna, 2004).

1.8 Disposisjon

Oppgaven er bygd opp av en innledning, metodedel, tre teorikapitler, drøftingsdel og en konklusjon. I innledningen redegjøres det for bakgrunn og valg av problemstilling og avgrensning. I metodedelen redegjør vi for litteratursøk, kildekritikk og etisk vurdering. I teoridelen redegjøres relevant litteratur knyttet til problemstilling og case, der vi har valgt å starte teoridelen med kapittelet om etiske utfordringer i sykepleien. Videre kommer teorikapittel om Alzheimers sykdom og kommunikasjon. Til slutt kommer et kapittel om sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee. I drøftingsdelen vil vi sette litteraturen opp mot hverandre, drøfte teori og erfaringer for å kunne besvare problemstillingen. Avslutningsvis en konklusjon som besvarer problemstillingen. Oppgaven inneholder til slutt en referanseliste og vedlegg over selvvalgt litteratur, søkehistorikk, artikkelanalyse og individuelt notat.

2 METODEDEDEL

Metode er et hjelpemiddel som brukes når det er noe man vil undersøke eller skaffe kunnskaper om et bestemt emne (Dalland, 2007). ”Tranøy definerer metode som en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremstilles med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare” (Dalland, 2007, s. 83, sitat fra K. E. Tranøy). Oppgaven er en litteraturstudie som er en metodisk gjennomgang av litteratur rundt problemstillingen vi har valgt. Det betyr at man skal søke etter, kritisk vurdere å diskutere den litteraturen og forskningen man finner (Dalland, 2007).

Tema for Bacheloroppgaven vi har valgt tar utgangspunkt i kunnskaper som finnes i faglitteratur, vitenskaps- og forskningsartikler, og det er denne kunnskapen vi ønsker å benytte for å finne svar på problemstillingen. Litteraturstudien forteller hva andre forfattere har skrevet om det aktuelle tema som vi ønsker å fordype oss mer i (ibid).

2.1 Litteratursøk

I tillegg til pensumlitteratur har vi valgt å benytte en del andre bøker fra blant annet videreutdanning i geriatri og bøker fra skolens bibliotek for å finne selvvalgt litteratur. Ikke alt av bøker i biblioteket er relevant, men vi har sett på utgivelsesdato og hvor aktuelle bøkene er i forhold til oppgaven. Vi har benyttet mange bøker, men de vi ønsker å fremheve og som vi har brukt mye i oppgaven vår er *Lærebok. Demens – fakta og utfordringer* (Engedal & Haugen, 2009), *Personer med demens. Møte og samhandling* (Rokstad & Smebye, 2008) og *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (Travelbee, 1999). I tillegg har vi valgt å bruke *Pasient- og brukerrettighetsloven* (2012) som vi mener er relevant å ha med.

Vi har søkt etter fag- og forskningsartikler som omhandler tema og problemstilling for oppgaven. Vi tok utgangspunkt i hvilke norske søkeord vi ønsket å bruke; demens, pasient, etikk, verdighet, autonomi, tillitskapende, tiltak, sykepleier, medisiner, sykehjem, adferd, kommunikasjon, intervensjoner, berøring, Norge og tilbakeholdenhet. Vi benyttet SveMed+ for å finne MeSH-termer og de vi kom frem til og som vi brukte var; dementia, pasient, ethics,

dignity, autonomy, confidence building, measures, nurse, nurse-led, medication, nursing homes, behavior, communication, interventions, touch, Norway and restraint. Vi ble nødt til å avgrense de ulike søkemotorene til databaser og Fulltext. Vi måtte også kombinere flere MeSH-termer og avgrense til nyere dato for å eliminere antall treff. Vi så på overskriften på artiklene i forhold til relevansen for vår problemstilling. I vedlegg 2 er det en detaljert oversikt over søkene vi utførte. Vi tok utgangspunkt i bibliotekets database og valgte *CINAHL* som søkedatabase der vi fant fire forskningsartikler vi benytter i oppgaven og som presenteres kort nedenfor. Vi anbefaler deg som leser å se vedlegg 3 der vi har gjort en artikkelanalyse av hver forskningsartikkel. Der presenteres en detaljert oversikt av artiklenes hensikt, metode, deltakere, hovedfunn og kvalitet.

Prevalence of patients subjected to constraint in Norwegian nursing homes (Kirkevold & Engedal, 2004) er publisert i tidsskriftet *Scandinavian Journal of Caring Sciences* og artikkelen er funnet i *CINAHL* via søkemotoren EBSCOhost. Dette er en kvalitativ forskningsartikkel som har formet sine funn til kvantitative analyser, ved å gjennomføre et strukturert intervju med pasientenes primære omsorgsperson. Undersøkelsen ble gjort blant 1501 pasienter fra sykehjem i 54 kommuner. Artikkelen tar for seg utbredelsen av bruk av tvang i norske sykehjem, deriblant å skjule medisiner i maten til pasientene. Likeledes skriver forfatterne at det kan være forsvarlig å skjule medisiner for å behandle livstruende sykdommer, men at det da må gjenspeiles i lovene.

Dignity of older people in a nursing home: narratives of care providers (Jakobsen & Sørli, 2010) er publisert i tidsskriftet *Nursing Ethics* og artikkelen er funnet i *CINAHL* via søkemotoren EBSCOhost. Dette er en kvalitativ intervjustudie av 23 ansatte på et sykehjem i Norge. Undersøkelsen ble utført for å belyse hvordan helsepersonell opplever etisk vanskelige situasjoner mellom autonomi og paternalisme i møte med pasienter. Hvordan de opplever å utføre oppgaver som er etisk tvilsomme og ønske om økt etisk refleksjon på arbeidsplassen.

Tactile stimulation associated with nursing care to individuals with dementia showing aggressive or restless tendencies: an intervention study in dementia care (Skovdahl, Sørli, & Kihlgren, 2007) er publisert i tidsskriftet *International Journal of Older People Nursing* og artikkelen er funnet i *CINAHL* via søkemotoren EBSCOhost. Forfatterne har gjort en kvalitativ innholdsanalyse av dokumentasjon som er blitt gjort på effekten av taktil

stimulering som behandlingsmetode. Dette ble gjort hos fem pasienter med aggressive eller urolige tendenser ved Alzheimers sykdom over en periode på 28 uker på sykehjem. Forfatterne ønsket å se om taktil stimulering hadde effekt på å forbedre kommunikasjon og samarbeid mellom pasient og sykepleier.

A Case Study of Resistiveness for Care and Elderspeak (Cunningham & Williams, 2007) er publisert i tidsskriftet *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal* og artikkelen er funnet i *CINAHL* via søkemotoren EBSCOhost. Dette er en kvalitativ pilotcase studie med kvantitative analyser som undersøker bruken av "elderspeak" blant helsepersonell som kommunikasjonsmåte til demente pasienter i sykehjem, og hvordan dette påvirker adferden til pasienten. Med "elderspeak" mener forfatterne et forenklet vokabular og grammatikk, korte setninger, langsom tale og at man prater høyt til eldre demente pasienter. Forfatterne konkluderte med at pasienten hadde økt negativ adferd i takt med sykepleiernes bruk av "elderspeak".

Etter at vi hadde funnet litteratur og forskningsartikler valgte vi å gjennomføre en kildekritikk.

2.2 Kildekritikk og etisk vurdering

Kildekritikk vil si at man skal vurdere den litteraturen man har funnet og valgt å benytte i oppgaven. Ut fra kildekritikken skal man gjennom refleksjon ha gjort seg opp en mening om hvor gyldig og relevant litteraturen er i forhold til problemstillingen (Dalland, 2007). For å sjekke om forskningsartiklene vi har funnet er relevante for vår problemstilling, benyttet vi oss av en utarbeidet sjekklister for å vurdere forskningsartiklene. Sjekklisten innebærer spørsmål om artikkelen har en klart formulert problemstilling og oppbygging som er aktuell for å besvare vår problemstilling. Alle forskningsartiklene vi har valgt å benytte er oppbygd etter IMRAD- prinsippet som innebærer at artiklene har en innledning, metode, resultat og en diskusjon. Det gjør artiklene mer oversiktlige og man får i tillegg en lettere forståelse for om det er forskningsartikkel og hva slags metode artikkelforfatterne har benyttet (Dalland, 2007; Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, & Reinar, 2007).

Vi har valgt å benytte både primær- og sekundærlitteratur i oppgaven vår. Originale tekster og artikler er primærlitteratur der forfatteren presenterer sitt eget arbeid. Sekundærlitteratur er bearbeidet og presentert av andre enn den som opprinnelig er forfatter. Vi ønsker å bruke primærkilder, men de er ikke like godt tilgjengelige som sekundære kilder, og derfor er sekundære kilder også et godt alternativ. Pensumlitteraturen er både primær- og sekundærlitteratur, og vi mener den er både relevant og gyldig. Ulempen ved sekundærlitteratur er at forfatteren kan ha feiltolket hovedforfatterens budskap (Dalland, 2007). Vi har valgt å benytte oss mye av boken *Demensboka – Lærebok for pleie- og omsorgspersonell*, skrevet av Berentsen (2008a) som er en anerkjent forfatter som har basert denne boken på eget arbeid, som gjør boken til en god primærkilde. Forskningsartiklene vi har valgt er å anse som primærlitteratur da forfatterne selv har gjennomført studien.

Det finnes flere forskjellige forskningsmetoder og man skiller ofte mellom kvalitative og kvantitative. En kvalitativ forskningsmetode vil si at de har brukt observasjoner og/ eller intervjuer for å få svar på problemstillingene de ønsker å besvare. Subjektive opplevelser, erfaringer og holdninger fra en liten gruppe informanter som er mer detaljerte, og som omformes til beskrivende datamateriale er det sentrale. Den kvantitative forskningsmetoden ønsker å beskrive eller utforske sammenhenger mellom bestemte variabler, og benytter statistikker for å redegjøre for sine funn gjennom bruk av spørreskjema. De tar utgangspunkt i mange deltakere og gir lite rom for personlige erfaringer (Nortvedt et al., 2007).

Kvalitativ metode vurderes ikke ut fra reliabilitet, validitet og generaliserbarhet som er mest vanlig ved kvantitativ metode. Det som er viktig er hvor nøye forfatterne har vært til studien, om den er pålitelig, troverdig, og om de har vurdert sin egen forskning underveis. Man må kritisk vurdere om forfatteren har mistolket budskapet fra intervjuer og observasjoner vedkommende har basert sine funn på da de er tatt ut fra en liten del av befolkningen. Ved kvantitativ metode må man kritisk vurdere om studien er representativ for populasjonen, da den gir lite rom for at informantene kan uttrykke seg ut over spørreskjemaets punkter selv om den har flere respondenter (ibid). Vi har valgt å benytte både kvalitative og kvantitative forskningsartikler i oppgaven, men vi har i hovedsak vektlagt de kvalitative studiene. Vi føler at erfaringer og opplevelser som fremkommer er av større relevans for vår problemstilling. Noen av artiklene triangulerer, det vil si at forfatterne har benyttet både kvalitativ og kvantitativ metode i forskningen (ibid).

For å kunne vurdere om forskning er aktuell å benytte er det også flere kriterier å ta hensyn til. En forskningsartikkel bør ikke være mer enn fem år gammel, men man må likevel ta høyde for at eldre forskningsartikler likevel kan være relevante. Den eldste forskningsartikkelen vi har valgt å bruke er utgitt i 2004. Allikevel mener vi at søkeordene og den kvalitative metoden som er anvendt i artikkelen er like relevant nå som utgivelsesåret. Ny forskning kan ha blitt publisert etter vi avsluttet vår søkeprosess, noe vi må ta høyde for. Når vi søkte etter forskning begrenset vi søkene med årstall for å unngå at forskningen skulle være utdatert. Dette på grunn av at demens er et tema det er forsket mye på og som har gjennomgått store forandringer de senere årene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

Man bør også være kritiske til hvor studien er blitt utført i forhold til hvor relevant den er for norske forhold og for faget. To av våre forskningsartikler er utført i Norge, noe vi anser som særdeles relevant for vår problemstilling. En forskningsartikkel er gjort i Sverige og den siste forskningsartikkelen er utført i USA. De begge er av nyere dato og reliabilitet til andre land anses som sannsynlig. Referanser som er oppgitt i litteraturen vi har valgt, både av forskning og bøker, virker å være pålitelig og er dermed med på å forsterke litteraturen og kreditere forfatterne. I tillegg har vi sett på litteraturens anonymisering, noe vi mener er godt ivaretatt. Til slutt har vi vurdert overføringsverdien forskningen har for sykepleiefaget og for vår problemstilling, noe vi mener at valgt forskning har (Nortvedt et al., 2007).

Vi har valgt å benytte lover, forskrifter og retningslinjer for å støtte oss til når vi har sett på sykepleierens juridiske, faglige og moralske ansvar ved utøvelse av helsehjelp da de ivaretar både pasient, helsepersonell og samfunnet. Man må være kritisk til at lovverket kan gi rom for tolkning.

3 ETISKE UTFORDINGER I SYKEPLEIEN

Problemstillingen vår berører flere etiske perspektiver i sykepleiefaget. Vi har derfor i dette kapittelet valgt å ta med NSF's yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og hva det betyr for oss som helsepersonell. Videre går vi inn på begrepene autonomi og paternalisme. Vi har også valgt å gå inn på pasient- og brukerrettighetsloven i forhold til hva den sier om samtykkekompetanse og helsehjelp til pasient med Alzheimers sykdom, og hva vi som sykepleiere må forholde oss til ved bruk av tvang i vår yrkesutøvelse.

Et etisk dilemma kan beskrives som en situasjon der det oppstår en konflikt mellom profesjonell plikt og pasientens autonomi. "Etiske dilemmaer utgjør en valgsituasjon mellom to eller flere verdier der begge alternativene er ønsket, eller alternativer som begge medfører uønskede konsekvenser" (Slettebø, 2008, s. 43). Når det oppstår etiske utfordringer så kan etiske prinsipper hjelpe sykepleier til å løse vanskelige spørsmål. Det er sykepleierens plikt til og ikke påføre eller skade andre; sykepleier behandler alle likt i tilsvarende situasjoner, gjennom rettferdighet; velgjørenhetsprinsippet der sykepleier er god mot andre; og at sykepleier respekterer den enkeltes autonomi (Brinchmann, 2008).

3.1 NSF: Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

Yrkesetiske retningslinjer bygger på ICN's (International Council of Nurses) etiske regler og menneskerettighetsreglene i FNs menneskerettighetserklæring. Disse retningslinjene opplyser at "grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkeltes menneskets liv og iboende verdighet" (FN-sambandet, s.a.; Norsk sykepleierforbund, 2007). Dette underbygger at sykepleieren skal ivareta pasientens verdighet og integritet, som vil si retten til helhetlig sykepleie, medbestemmelsesrett og retten til ikke å bli krenket. Videre står det beskrevet at "sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert". Som sykepleiere har vi et etisk og juridisk ansvar i fremførelsen av vår yrkesrolle, og som tilsier hvordan sykepleierens menneskesyn og verdier bør være. Vi skal respektere og gi nødvendig helsehjelp til hver enkelt pasient, dette er grunnleggende i utførelsen av vår profesjon (Norsk sykepleierforbund, 2007).

Retningslinjene definerer ikke hva som er faglig forsvarlig eller refererer til lovbestemmelser som fastslår vår yrkesutøvelse. Det finnes ingen fasit på hvordan en skal takle etiske dilemmaer. Grovt sett kan man si at retningslinjene er et verktøy som blir brukt for å angi retning når vi står overfor vanskelige avgjørelser (ibid). I følge yrkesetiske retningslinjer punkt 1.4 skal sykepleieren beskytte pasienten mot krenkende handlinger, videre sies det at unødig bruk av tvang ikke skal anvendes. Sykepleieren skal respektere pasientens rett til valg, herunder rett til medbestemmelse, jamfør punkt 1.5. I vår yrkesutførelse i praksis har sykepleieren det faglige ansvar som forutsetter etisk bevissthet og solid dømmekraft (ibid).

3.2 Autonomi og paternalisme

Autonomiprinsippet kommer av de greske ordene auto som betyr ”selv” og nomos som betyr ”styring”. Autonomi betyr selvstendighet, selvbestemmelse og frihet, i betydningen retten til å ta selvstendige valg og avgjørelser i likhet med sine verdier. Å holde fast ved gamle menneskets selv- og medbestemmelserett stiller store utfordringer til sykepleier og annet helsepersonell i institusjon (Bondevik, 2006; Slettebø, 2002).

Når det gjelder innenfor medisinsk etikk, er medbestemmelse mer riktig å bruke enn selvbestemmelse. Det innebærer at medisinsk etikk vil være retten til å bestemme behandlingsform eller nekte for behandling. Autonomi som prinsipp betyr at pasientens behov må respekteres når sykepleiefaglige og medisinske beslutninger skal tas (Rokstad, 2008a; Slettebø, 2002).

Paternalisme kommer fra det latinske ordet pater som står for ”far”, og betyr formynderi. Paternalisme innebærer at vi påvirker pasientens valg, som betyr at vi griper inn i hans autonomi. Dette innebærer at man tar avgjørelse på vegne av pasienten. Formålet er å sikre pasienten mot forverring av sykdom eller annen helseskade (Brinchmann, 2008).

I noen tilfeller kan det være maktpåliggende at sykepleier bestemmer hva som vedrører pasienten. Det er tilfeller hvor pasienten ikke er kompetent og ikke forstår betydningene av informasjonen som blir gitt, og om den er tilstrekkelig, eller hvor pasienten ikke klarer å gi uttrykk for sine ønsker (Rokstad, 2008a; Slettebø, 2002).

3.3 Samtykke til helsehjelp

Med samtykke menes det en persons rett til medbestemmelse. I følge lovens kapittel 4 § 4-1 så foreligger det i hovedsak alltid samtykkekompetanse hos den enkelte pasient. Som sykepleier skal man legge til rette for at pasienten skal kunne ta egne valg. Hvis vedkommende tar valg som er ugunstige, må man vurdere prosessen underveis for om samtykke foreligger eller ikke. Hvis en pasient har begrenset samtykkekompetanse, deriblant ved Alzheimers sykdom kan vi som sykepleiere ta avgjørelser dersom vedkommende i perioder ikke er i stand til å ta gode avgjørelser på egenhånd. Avgjørelser som tas skal være til vedkommendes beste interesse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2012).

For at samtykkekompetansen skal bortfalle, må situasjonen være slik at pasienten klart og tydelig ikke er i stand til å forstå hva samtykket innebærer, jamfør § 4-3 i loven. Ut fra § 4-3 2.ledd er det den som yter helsehjelp som avgjør om pasienten mangler samtykkekompetanse. Som sykepleier skal vi legge forholdene best mulig til rette for at pasienten skal kunne samtykke til helsehjelp. Dette innebærer at informasjonen som vi gir skal være tilpasset den enkeltes forutsetninger og behov, som pasientens alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn, jamfør § 3-5 (ibid).

3.4 Pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp

Kapittel 4A i lov om pasient- og brukerrettigheter tredde i kraft 1. januar 2009. Formålet med dette kapitlet blir beskrevet i § 4A-I: ”Formålet med reglene i dette kapitlet er å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt å forebygge og begrense bruk av tvang”. Formålet er todelt: det ene er å sikre pasienter helsehjelp og forhindre vesentlig helseskade, men samtidig forebygge og begrense bruken av tvang (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2012).

Når en pasient motsetter seg helsehjelp skal tillitskapende tiltak være prøvd så fremt det ikke er formålsløst, jamfør § 4A-3. For at man som sykepleier må ty til bruk av tvang må tre komponenter være vurdert. Det ene er at pasienten motsetter seg helsehjelp og at pasienten mangler samtykkekompetanse. Det andre er at helsehjelpen som skal gis må anses som nødvendig, og det tredje er at man må anta at pasienten ville takket ja til helsehjelpen dersom

vedkommende hadde hatt samtykkekompetanse. Som sykepleier må man vurdere konsekvensen av at helsehjelp ikke blir gitt før man utøver bruk av tvang. Konsekvensen vil dermed føre til vesentlig helseskade hos pasienten. Dersom § 4A-3 er oppfylt kan helsehjelp gjennomføres ved bruk av tvang, jamfør § 4A-4 (ibid).

Hvordan vi som sykepleier tolker pasientens reaksjoner innebærer at vi trenger kunnskap om vedkommende, som blant annet er et av flere tillitskapende tiltak som anses som nødvendig å ha prøvd, jamfør § 4A-3 (ibid). Helsepersonell som er ansvarlig for å gi helsehjelp kan fatte vedtak om helsehjelp for ett år av gangen når pasienten motsetter seg helsehjelp som innebærer et alvorlig inngrep for pasienten, som blant annet ved reseptbelagte legemidler, jamfør § 4A-5 (ibid).

4 ALZHEIMERS SYKDOM OG KOMMUNIKASJON

Her har vi valgt å gå inn på hva Alzheimers sykdom er, som symptomer og atferdsendringer som er typiske for sykdomsforløpet. I tillegg har vi valgt å gå inn på medisinerer av pasienter med Alzheimer, men også inn på kommunikasjon og samhandling med den demente.

4.1 Hva er Alzheimer

Alzheimers sykdom skyldes endringer i hippocampus og hvor nærliggende områder blir skadet. Disse ødeleggelsene spres til storhjernen og deler av hjernestammen, etter hvert dør cellene som fører til at hjernen avtar (Snoek & Engedal, 2008). Man vet ikke direkte årsaken til hvorfor sykdommen oppstår, men sannsynligvis kan høy alder og arvelig disposisjon øke muligheten for å få Alzheimers sykdom. Sykdommen deles inn i 3 forskjellige alvorlighetsgrader ut i fra hvor langt sykdommen har utviklet seg (Berentsen, 2008a; Berentsen, 2008b).

I følge Berentsen (2008a) er Alzheimers sykdom den vanligste gruppen ved demens av de degenerative lidelsene og den høyeste forekomsten. Sykdommen utvikler seg langsomt over tid, hvor sviktende hukommelse er det typiske kjennetegnet. Pasienten husker ikke det som har skjedd i nyere tid, men langtidsminnet kan fortsatt være intakt der pasienten husker hendelser fra barndommen av. Vanskeligheter med å kjenne igjen familie og venner blir også et stadig større problem. De kan likevel gjenkjenne ulike rom og personer, deriblant helsepersonell som de omgås med til daglig. I dagliglivet får de ved moderat Alzheimer problemer med å klare de daglige gjøremålene, som for eksempel personlig hygiene og egenomsorg (Berentsen, 2008a; Engedal & Haugen, 2009). Pasienten får redusert ordforråd, sviktende evne i forhold til språk og symptomer på kognitiv svikt. I tillegg reduseres orienteringsevnen for tid og sted. Det er ikke alle indikasjonene på Alzheimers sykdom som forekommer hos hver enkelt pasient, dette gjør det vanskelig å diagnostisere tilstanden. Det fordi atferden kan være veldig lik, men årsakene til symptomene er varierende (Berentsen, 2008a; Solheim, 2009).

Når pasienten har moderat Alzheimer er adferdsendringer som rastløshet og urolige tendenser ofte å se. Pasienten har problemer med å holde seg i ro, og det vil derfor være vanskelig å vite og forstå hvilken mening pasienten har dersom vedkommende ikke klarer å fortelle det (Berentsen, 2008a). Årsakene til denne type adferd kommer ofte av sykdommen, men også dårlig samhandling mellom sykepleier og pasient, og hvilket miljø vedkommende oppholder seg i (Engedal & Haugen, 2009).

4.2 Medisinering av personer med Alzheimer

Få å ivareta pasientens helse er det viktig at unødig bruk av medisiner hindres og at medisiner tas forskriftsmessig (Solheim, 2009). Som sykepleier har vi en vesentlig rolle knyttet til administrasjon, informasjon og oppfølging av legemidler, noe som kan være en utfordring på sykehjem (Ranhoff & Børdahl, 2008). Helsepersonelloven (1999) jamfør § 1 innebærer at man skal bidra til sikkerhet for pasienten og kvalitet i helsetjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten. Det betyr at sykepleieren har i sin rolle overfor legemiddelhåndteringen et formelt, faglig og moralsk ansvar (Bielecki & Børdal, 2008; Helsepersonelloven, 1999).

Ranhoff & Børdahl (2008) går inn på at det er et velkjent fenomen at enkelte pasienter med demens motsetter seg legemiddelhåndtering (Ranhoff & Børdahl, 2008). Enkelte tabletter skal ikke knuses før de gis til pasienten. Ikke bare av juridiske og etiske årsaker, men også av faglige grunner. Hvis tablettene knuses for å blandes sammen med mat eller drikke, kan det være at legemidlet ikke får den ønskede effekten og føre til at pasienten får for mye av legemidlet på en gang. Ved knusing av tabletter kan en risikere at oppløsningen og absorpsjonen kan skape lokale bivirkninger i fordøyelseskanalen hvor dette kan få følger for pasienten (Bielecki & Børdal, 2008). Det er vesentlig at sykepleieren praktiserer til kritisk ettertanke, både når det gjelder å gi pasienten legemidler uten at vedkommende er inneforstått med det og bruken av tvang (ibid). Forskrift om legemiddelhåndtering (2008) § 1 har som formål å bidra til sikring av riktig og god legemiddelhåndtering. Her har sykepleieren et ansvar for å sikre pasienten mot urettmessig press (Bielecki & Børdal, 2008; Forskrift om legemiddelhåndtering, 2008).

4.3 Kommunikasjon og samhandling ved Alzheimers sykdom

Kommunikasjon er *”å formidle mening ved å gi, motta og utveksle signaler av forskjellig art”* sier Ken Heap (2002, s. 43). Med signaler mener Heap (2002) vår måte å uttrykke oss på gjennom verbal og non-verbal kommunikasjon. Ord vi uttrykker og hva budskapet inneholder er verbal, mens non-verbal handler om vårt kroppsspråk og gester, og hvordan andre oppfatter og tolker dette (Heap, 2002).

For å få til en god kommunikasjon med den Alzheimers demente er man avhengig av å legge situasjonen til rette for vedkommende. Man må sette av tid og sted som rolige omgivelser som ikke skaper forstyrrelser som kan distrahere pasienten. Man må prate om en ting av gangen, være tydelig, rolig og forholde seg til korte setninger. Pasienter med Alzheimer er mer vare for vår non-verbale kommunikasjon som gjør at vi må være veldig bevisst vår måte å formidle og uttrykke oss på i relasjon med pasienten (Heap, 2002; Henriksen, 2008). utfordringer som oppstår med pasienten er at tidsaspektet og hukommelsen er svekket. Samtalen kan være glemt kort tid etter eller at vedkommende ikke forstår betydningen av det som blir sagt. Dette selv om pasienten gir uttrykk for at han forstår det som er blitt fortalt (Rokstad, 2008b).

Gjennom å prøve å realitetsorientere pasienten fra der han er og frem til nåtid, gjennom navneskilt på døra, klokke og kalender kan bidra til at pasienten får en mer adekvat oppfatning av virkeligheten og reduserer forvirring (Smebye, 2008; Solheim, 2009). Mange demente pasienter kan føle seg trygge på vår informasjon når de føler seg usikre på seg selv. Hvordan effekten av denne metoden blir, avhenger på vår måte å formidle informasjonen til pasienten, og i verste fall kan metoden virke mot sin hensikt (Henriksen, 2008). Personer med Alzheimer har derfor behov for at vi som sykepleiere ivaretar autonomi og integritet i de situasjoner der pasienten ikke forstår (Eide & Eide, 2007; Røkenes & Hanssen, 2006). Ethiske utfordringer som kan oppstå med Alzheimers demente pasienter krever god kommunikasjon og at man skaper kontakt. Gjennom berøring kan kontakten mellom pasient og sykepleier bidra til å styrke samtalen og oppmerksomheten slik at man får formidlet omsorg og tillit (Eide & Eide, 2007). I følge Rokstad (2008b) så skaper sykepleier en bedre relasjon med pasienter med demens om man sørger for forutsigbarhet og balanse i hverdagen, gjennom gode rutiner og få personer å forholde seg til (Rokstad, 2008b).

5 SYKEPLEIETEORETIKEREN JOYCE TRAVELBEE

Joyce Travelbee ble født i 1926 og ble utdannet sykepleier i 1946. Hun var i tillegg forfatter og underviste i sykepleiefaget. Hennes teorier er anerkjent og er mye brukt i utdanningen av nåtidens sykepleiere (Travelbee, 1999).

Travelbee definerer sykepleie:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 1999, s. 29).

Uansett hvordan man utøver sykepleie så vil det omhandle mennesker enten de er syke eller friske. Prosessen som skjer mellom sykepleier og mennesket baseres på hendelser som inntreffer og hvordan sykepleierens erfaringer kan bidra til å hjelpe vedkommende. Dette skjer gjennom interaksjonen som utspiller seg i sykepleiesituasjonen mellom sykepleier og den syke, og forandringer som skjer er resultatet av samspillet mellom disse to (Travelbee, 1999).

5.1 Menneske- til- menneske- forhold og kommunikasjon

Det er to forutsetninger som må ligge til rette for at man skal kunne yte god sykepleie. Det ene er at sykepleieren må ha fagkunnskaper og evnen til å anvende denne kunnskapen i praksis, og at sykepleieren har evnen til å bruke seg selv terapeutisk. Dette innebærer bevisst bruk av personlighet og kunnskap for å bidra til forandring hos syke personer (Travelbee, 1999). Det krever at sykepleier har selvinnsikt og forståelse for hva som ligger bak sin egen og andres atferd, og hvordan ens egen atferd kan påvirke andre mennesker (ibid).

Når Travelbee (1999) beskriver menneske- til- menneske- forholdet er grunntanken at den profesjonelle sykepleier har som oppgave å etablere en relasjon med pasienten. Travelbee (1999) understreker viktigheten av at sykepleier ser og forholder seg til den syke som hele

mennesket, unik og udelelig. Som sykepleier må man fokusere på mer enn bare diagnose ved behandling eller utførelse av en konkret sykepleieoppgave. Å ha forståelsen for det å være menneske og at man ser mennesket bak sykdommen, vil vi bedre forstå den syke og bidra til å kunne hjelpe vedkommende til å ivareta sykepleiefaglige behov (ibid).

Travelbee (1999) mener at møtet mellom sykepleier og den syke har stor betydning for utviklingen av trygghet og tillit. Tillit er en kvalitet i forholdet mellom mennesker. Forhold som svekker tilliten er når pasienten ikke behandles som et menneske og at pasienten har mange ukjente å forholde seg til. For å opprette Travelbee's menneske- til- menneske- forhold er man avhengig av en gjensidig kommunikasjon der sykepleier gir av seg selv i interaksjon med den syke (ibid).

Travelbee (1999) beskriver kommunikasjon som en prosess som kan gjøre sykepleieren i stand til å opprette et mellommenneskelig forhold til pasienten. Det er den prosessen sykepleieren bruker for å søke å gi informasjon, og for å finne frem til den sykes individuelle behov. Kommunikasjon er også det midlet den syke bruker for å få hjelp (ibid).

Travelbee (1999) sier at det er en forskjell mellom det å ha informasjon om en person og det å kjenne vedkommende. Man kjenner ikke en person ved å ha lest journalen, eller ved å ha kunnskaper om sykdommen hans, man må ha snakket med personen. Få pasienten til å føle seg interessant og betydningsfull ved å lytte til vedkommende og utvise gode holdninger. Hvordan vi sitter, hvor vi har blikket vårt og at vi utviser empati kan gi pasienten opplevelsen av å bli forstått, verdsatt, få bekreftelse og aksept for sine følelser og behov. Gjennom verbal og non-verbal kommunikasjon blir sykepleieren kjent med pasienten og kan deretter utføre tiltak som pasienten har behov for (ibid).

6 DRØFTINGSDEL

Å drøfte innebærer å se en sak fra forskjellige sider, ta for seg, granske og diskutere, for å komme frem til et svar på problemstillingen (Dalland, 2007). Vi vil derfor i dette kapitlet drøfte og belyse problemstillingen sett fra ulike perspektiver og handlinger, for til slutt å komme frem til et svar på problemstillingen vår; kan tillitskapende tiltak forhindre bruk av tvang hos pasienter med Alzheimers sykdom som motsetter seg medisinerer.

Vi har valgt å trekke inn pasienten Johan som ble presentert innledningsvis for å kunne belyse problemstillingen vår. Vi har delt kapitlet inn i to underkapitler der vi starter med å gå inn på autonomi og paternalisme, lover og regelverk og knytter det opp i mot Johan. I neste kapittel har vi valgt å gå inn på tillitskapende tiltak som kommunikasjon og samhandling, og hvordan det kan virke inn på samarbeidet med Johan for å unngå bruk av tvang ved medisinerer.

Underveis kommer vi med egne erfaringer der det er naturlig, men også forskningsartikler og litteratur fra metode og teoridel. Dette for å ha noe å støtte oss til og som er med på å bidra til å underbygge våre erfaringer.

6.1 Autonomi eller paternalisme

Det sentrale i vår yrkesutøvelse er at vi skal yte helhetlig sykepleie og respektere den enkelte pasient, noe som kommer frem i NSF's yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Vi har en plikt til å yte omsorg og pleie til lidende mennesker, uansett sykdom og årsak. Som sykepleiere skal vi også ivareta pasientens verdighet og integritet, deriblant pasientens rett til medbestemmelse (Helsepersonelloven, 1999; Norsk sykepleierforbund, 2007). Ut fra pasient- og brukerrettighetsloven, kapittel 4 (2012) så har hver enkelt pasient samtykkekompetanse som innebærer medbestemmelse. Vi må legge forholdene til rette for at Johan skal kunne ta egne valg, deriblant at informasjonen er tilpasset pasientens forutsetninger, jmfør § 3-5.

Pasienten Johan lider av Alzheimers sykdom i tillegg til andre sykdommer. Sykdommen Alzheimer medfører kognitive og intellektuelle svekkelser som har ført til at Johan har redusert hukommelse og orienteringsevne i forhold til tid og sted (Berentsen, 2008a). Det har ført til at han glemmer hva som blir sagt, hvor han er og hva som feiler han. Selv om Johan får tilstrekkelig med informasjon, så mener vi at han ikke er i stand til å ta egne avgjørelser i perioder på grunn av sykdommen. Vi må uansett ivareta hans autonomi og samtykkekompetanse i hvert enkelt tilfelle med Johan da han har begrenset samtykkekompetanse. Vi som sykepleiere må derfor ta avgjørelser på vegne av han og som er til hans beste interesse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2012).

Hvis vi som sykepleiere lar Johan få lov til å ta avgjørelser på egenhånd selv om han ikke forstår, så ivaretar vi hans autonomi gjennom å respektere hans integritet og verdighet (Røkenes & Hansen, 2006). Hvis vi ikke ivaretar autonomien til Johan og i stedet bruker paternalisme, så kan han få en følelse av nedverdiggelse og manglende respekt der vi styrer over han (Brinchmann, 2008). Det vil påvirke samhandlingen mellom oss som kan føre til at Johan ikke samarbeider. Autonomi og paternalisme blir nesten som pest eller kolera, men det finnes også en mellomting slik vi ser det. Dersom vi på den ene siden velger å ta beslutninger som vedrører Johan uten at han blir integrert kan han føle seg lite verdig. Han vil etter hvert glemme hendelsen på grunn av sykdommen, samtidig som den påvirker hva Johan ønsker og velger. Hvis vi på den andre siden integrerer Johan i beslutningsprosessen, så vil han kunne føle seg verdsatt og respektert som person. Hans ønsker vil bli hørt og det at han blir integrert kan ha positiv effekt på beslutningen og samarbeidet selv om vi benytter en form for paternalisme.

Som sykepleiere må vi også vurdere flere forhold når det kommer til at Johan ikke ønsker å ta medisinene sine. Om det kan være problemer med å svelge tabletter, at de smaker vondt, eller at han kanskje bare er trett av dage og ikke vil leve lengre. Selv om Johan er gammel så kan han likevel ha noen gode år til å leve. Vi kan spørre oss selv om vi ville ha levd slik hvis vi hadde vært Johan. Svaret vi gir oss er tvetydig. Vi oppfatter det slik at Johan lever godt og har det bra på sykehjemmet. Vi må vurdere å ta hensyn til øyeblikkene og nuet som Johan lever i når vi tenker sykepleie. Hvordan livskvaliteten hans er og hvordan vi som sykepleiere legger til rette for at hvert øyeblikk er verdt å leve for. Medisinene til Johan er ikke bare livsnødvendige, men de har også en forebyggende effekt for å unngå sekundære skader og

smerter som kan påvirke livskvaliteten til Johan. Vi vet ikke hva han ville ha ønsket om han ikke hadde hatt Alzheimers sykdom og vi har heller ingen pårørende som kunne ha fortalt oss hva Johan hadde ønsket. Utfordringen med denne degenerative sykdommen er at selv om Johan uttrykker at han ikke ønsker å ta medisinen sin, så kan det hende han ville ha tatt den om han hadde vært frisk og forstått hva medisineringsen innebar (Berentsen, 2008a). Vi må finne ut hvorfor Johan motsetter seg helsehjelp og hva det vil bety for han som person, men også for oss som sykepleiere da vi har et ansvar for Johan.

Ut fra NSF's yrkesetiske retningslinjer så skal vi som sykepleiere gi nødvendig helsehjelp. For å vurdere behovet for helsehjelp må vi opparbeide oss kunnskap, både i forhold til Johans tilleggssykdommer, men også kunnskaper om de medikamentene han står på. Vi må vite om manglende medisinerings av Johan kan føre til vesentlig helseskade. Hvis vi ikke har kunnskaper om dette, så kan det føre til større helseskade da vi ikke ville hatt noen formening om hvor nødvendig medisinerene er for Johans tilleggssykdommer og hans helse. I tillegg så ville vi ikke hatt grunnlag for å kunne vurdere bruk av tvang hvis vi ikke hadde hatt kunnskap å støtte oss til. Ved å ta vare på helsa til Johan gjennom å få han til å ta medisinen så vil det gå utover hans autonomi. Dette innebærer et etisk dilemma der retningslinjene ikke gir et riktig svar da de gir uttrykk for at vi som sykepleiere skal ivareta både autonomi og helse (Norsk sykepleierforbund, 2007; Slettebø, 2002).

Jakobsen & Sørli (2010) viser til at sykepleiere i sykehjem ofte opplever etiske utfordringer i relasjon med demente pasienter. Sykepleierne hadde gitt uttrykk for at de syntes det var vanskelig å bevare pasientens autonomi og verdighet når pasienten ikke ønsket helsehjelp. I en travel hverdag følte de at de måtte prioritere hva som skulle gjøres, og at det påvirket dem i avgjørelser som går inn på autonomi og paternalisme hos pasienten. Sykepleierne reagerte med dårlig samvittighet og følte at utfordringene de stod ovenfor burde bli belyst, og tatt opp til refleksjon med kollegaer på arbeidsplassen (Jakobsen & Sørli, 2010). Dette høres for oss veldig kjent ut og er absolutt relevant i forhold til situasjonen til Johan som motsetter seg medisinerings. Vi tror at hvis vi som sykepleiere ikke blir etisk bevisst i vår sykepleieutøvelse, så vil vi bli usikre på hva vi kan og ikke kan gjøre i ulike situasjoner med Johan. Hvis vi ikke reflekterer over hendelser som skjer på arbeidsplassen, kan det ende med at vi faktisk utøver tvang der vi juridisk sett ikke kan utøve det. Vi blir heller ikke oppmerksom på hvordan andre kollegaer ville ha håndtert ulike situasjoner som oppstår hvis det ikke er noen diskusjon om

temaet. Vi mener at dersom vi i stedet sørger for at etiske utfordringer som oppstår på arbeidsplassen blir tatt opp, tror vi at det gir en større forutsetning for å kunne håndtere etisk vanskelige situasjoner på en bedre måte i tilsvarende situasjoner senere.

I artikkelen til Jakobsen & Sørлие (2010) så forteller sykepleierne at de prioriterer hva de velger å benytte arbeidstiden på, fordi man også må ta hensyn til andre pasienters behov for hjelp (ibid). Våre erfaringer tilsier at dette er noe som forekommer ofte i en hektisk hverdag der det er mange pasienter og få sykepleiere på jobb, man kan likevel ikke skylde på manglende tid. Å bruke etiske prinsipper for å løse vanskelige spørsmål kan være et hjelpemiddel (Brinchmann, 2008). Vi har en plikt til ikke å påføre eller skade Johan. Hvis vi velger å la være å gi Johan medisiner så kan konsekvensen føre til helseskader og da gjør vi ikke vår plikt (ibid). Vi skal også respektere Johans autonomi som nevnt tidligere, og det er også en utfordring. Vi må også være rettferdig, slik at måten vi behandler Johan skal være tilsvarende lik måten vi behandler andre på i lignende situasjoner. Hvis vi ikke er gode mot andre så strider det i mot vår plikt som sykepleiere (ibid). Vi må vurdere om vi er gode med Johan, og hvordan man skal vurdere godhet i dette tilfellet er vanskelig. Vi mener vi er gode sykepleiere når vi ønsker å ta vare på helsa til Johan, men da tar vi ikke vare på autonomien igjen, og motsatt. Uansett hvordan man ser og vender på det, så er det et etisk dilemma som man må reflektere og vurdere før man tar en beslutning.

Vi spør oss om det er riktig at vi skal påvirke Johan til å ta medisinene sine. Når vi påvirker Johan til å ta avgjørelser han egentlig ikke ønsker, så griper vi inn i hans autonomi ved bruk av paternalisme (Brinchmann, 2008; Rokstad, 2008a). Våre erfaringer fra tidligere, som også Ranhoff & Børdahl (2008) går inn på er at mange demente pasienter motsetter seg legemiddelhåndtering (Ranhoff & Børdahl, 2008). Dette er et kjent problem og vi tror grunnen er sykdommens forløp som gjør at demente pasienter motsetter seg mer enn hva andre pasienter gjør, da de ofte har en større innsikt og forståelse for legemiddelhåndteringen. Det vi har sett tidligere er at når den som er medisinansvarlig ikke får i en pasient tablettene, så venter de litt før de forsøker enda en gang. Går det ikke den gangen så kommer det en annen sykepleier og prøver. Får man ikke pasienten til å ta medisinene sine, så gir sykepleierne opp da de ikke har tid til å få i pasienten tablettene. Valget de da tar fører til at helsehjelpen går utover pasienten, som også strider i mot vårt ansvar som sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2007). Vårt inntrykk er at sykepleierne ofte gir for lett opp når det kommer

til medisinerer av demente pasienter. Når det kommer til Johan som har mange ulike diagnoser og som motsetter seg medisinerer, mener vi at som sykepleier kan man ikke bare gi opp fordi vi har en plikt i vår yrkesutøvelse, men også fordi vår samvittighet bør fortelle oss at det er galt å gi opp (ibid). Som sykepleiere har vi en forståelse av at samvittigheten er basert på våre normer og verdier og at det bidrar til å gjøre oss til gode sykepleiere. Gjennom å utvise gode holdninger som ivaretar Johans helsebehov ved og ikke gi opp medisinerer, men heller prøve å imøtekomme Johan på andre måter (ibid). I stedet for å gi opp så kan sykepleier heller bruke fem minutter ekstra og kanskje spare en time, som også er bedre for Johan. Likevel vet vi at det er enklere sagt enn gjort og at det ofte skjer, men at det uansett ikke er noen unnskyldning for å gi opp medisinerer av Johan.

I følge forskningsartikkelen skrevet av Kirkevold & Engedal (2004) så er bruk av tvang ved medisinerer mye utbredt i norske sykehjem. Den viser til at medisiner blir blandet i mat og at det skyldes pasientenes problemer med å svelge tabletter. Det forekommer også at medisiner knuses som igjen påvirker effekten av medisinerne (Kirkevold & Engedal, 2004). I følge helsepersonelloven § 1 (1999) så skal vi bidra til sikkerhet for pasienten (Helsepersonelloven, 1999). Dette innebærer at vi som sykepleiere har et formelt, faglig og moralsk ansvar ved legemiddelhåndtering. Vi skal hindre unødig bruk av medisiner og vi skal påse at de tas forskriftsmessig (Bielecki & Børdal, 2008). Vi mener at vi ikke gjør en forskriftsmessig jobb ved medisinerer om vi knuser eller deler tabletter. Enkelte tabletter skal heller ikke knuses eller deles da det vil påvirke både absorberingen av medikamentet i kroppen, som også kan føre til at medikamentet får en annen virkning og varighet. Dette mener vi kan ha uheldig utfall for Johan. Vi tror at dersom vi i stedet er flink til å observere medikamentenes virkning og unngår å knuse tabletter, ivaretar vi både Johans sikkerhet gjennom unødig medisinerer og vårt ansvar (ibid).

Når Johan motsetter seg medisinerer må vi som sykepleiere også prøve å tenke alternative løsninger. Vi som sykepleiere har et ansvar for å sikre pasienten god legemiddelhåndtering og urettmessig press, jmfør § 1 (Forskrift om legemiddelhåndtering, 2008). Johan tar mange ulike medikamenter flere ganger daglig. Våre erfaringer er at mange tabletter er store og kan for eldre være vanskelig å svelge eller at tablettene smaker vondt. Det kan hende Johan føler ubehag og at det er en grunn for at han motsetter seg medisinerer. Hvis vi som sykepleiere ikke gjør noe med årsaken til dette, kan det føre til at det blir vanskeligere å gi Johan

medisinene. Vi som sykepleiere vet at medikamenter kommer i forskjellige former. Det kan være depottabletter, delbare tabletter, små og store tabletter, plaster, flytende og injeksjoner for å nevne noen. Det å prøve ulike alternativer som kan være bedre for Johan, kan bidra til å gjøre medisineringsen enklere. Han står på mange ulike medikamenter og bare det å kunne halvere antall tabletter, kan gjøre det lettere å få Johan til å ta medisinen sin.

Videre går Kirkevold & Engedal (2004) inn på i sin artikkel at det er ingen legalisering i Norge der en pasient blir medisinert mot sin vilje. Loven krever informert samtykke, jmfør § 4-1 i pasient- og brukerrettighetsloven (2012). Kirkevold & Engedal (2004) sier derfor at å skjule medisiner i maten til pasienten er både etisk og juridisk problematisk. Likeledes skriver de at det kan være forsvarlig å skjule medisiner for å behandle livstruende sykdommer, men at det da må gjenspeiles i lovene (Kirkevold & Engedal, 2004; Pasient- og brukerrettighetsloven, 2012). Det at Johan blir medisinert gjennom å skjule tabletter i mat og drikke, så er det mot hans vilje som innebærer at sykepleierne etisk sett ikke ivaretar hans autonomi, verdighet og integritet. Selv om Johan har begrenset samtykke, så mener vi at det likevel ikke er grunn for å medisinere Johan på denne måten selv om medisineringsen er nødvendig. Johan har heller ingen vedtak som tilsier at han skal tvinges til å ta medisinene sine, jmfør § 4A-5. Selv om Kirkevold & Engedal (2004) mener det er forsvarlig å skjule medisiner i mat og drikke så må dette dokumenteres og være i tråd med lovverket (Kirkevold & Engedal, 2004). Ut fra § 4A-3 så må tillitskapende tiltak være prøvd når en pasient motsetter seg helsehjelp før vi som sykepleiere må ty til bruk av tvang ved medisineringsen av Johan. Han har begrenset samtykkekompetanse som betyr at han ikke er i stand til å ta gode valg, han motsetter seg medisineringsen som en del av helsehjelp og vi mener at medisinene til Johan er nødvendige. I tillegg tror vi at hvis Johan hadde hatt samtykkekompetanse så ville han ha tatt medisinene sine. Dette er elementært for å kunne benytte § 4A-3 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2012). For Johan innebærer dette at vi som sykepleiere kan utøve bruk av tvang ved medisineringsen. Hvis vi ser på formålet med kapittel 4A-I i Pasient- og brukerrettighetsloven (2012) så skal vi yte nødvendig helsehjelp, men også forebygge og begrense bruk av tvang (ibid). Vi har derfor valgt å gå nærmere inn på hva vi som sykepleiere kan gjøre for å begrense bruk av tvang ved medisineringsen av Johan uten bruk av paternalisme.

6.2 Tillitskapende tiltak

Som vi nevnte innledningsvis i oppgaven så er tillitskapende tiltak det samme som en god faglig tilnærming til pasienten og den problematikken pasienten sliter med (Johnsen & Smebye, 2008). Likeledes sier § 4A-3 at før man kan utøve bruk av tvang, skal tillitskapende tiltak være prøvd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2012). Med dette så betyr det at vi som sykepleiere må prøve å tilnærme oss Johan og problemet med at han motsetter seg helsehjelp i form av medisiner på en god og faglig måte.

I følge Travelbee (1999) må vi som sykepleiere ha gode fagkunnskaper, erfaringer og kunne anvende den i praksis for å kunne yte god sykepleie (Travelbee, 1999). Hvis vi ikke kan noe om Alzheimers sykdom og eldre mennesker så vil det være vanskelig å kunne hjelpe en pasient som Johan. Selv om vi opparbeider oss denne kunnskapen, så avhenger sykepleie av så mye mer enn det. Som sykepleiere er det vi som har kontakt med og blir kjent med Johan i det daglige og det er vårt ansvar som sykepleiere å hjelpe han. Hvis vi ikke blir kjent med Johan og finner ut hvordan han har det, reagerer og hvordan sykdommen innvirker på hans personlighet, så får vi ikke hjulpet han i den grad vi mener er tilstrekkelig. For å kunne bli kjent med Johan er vi avhengige av å kunne kommunisere med han.

Travelbee (1999) beskriver kommunikasjon som en prosess som kan gjøre oss i stand til å opprette et mellommenneskelig forhold til Johan. Dersom vi ikke er bevisst på hvordan vi kommuniserer så kan det få stor innflytelse på hvordan samhandlingen mellom oss som sykepleiere og Johan utvikler seg. Det kan da gå i motsatt vei av hva Travelbee (1999) anser som en viktig sykepleieoppgave i forhold til at det er vår oppgave å opprette et forhold til pasienten (ibid). Gjennom å bruke oss selv terapeutisk innebærer det at vi bør ha selvinnsikt og forståelse for hva som ligger bak vår egen og Johans adferd, og hvordan vår adferd kan påvirke Johan (ibid). Med dette forstår vi det slik at vi må være bevisst våre holdninger og hvordan de kommer til uttrykk gjennom våre normer og verdier. I følge Heap (2002) så uttrykker og formidler vi oss gjennom verbal og non-verbal kommunikasjon (Heap, 2002). Hvordan Johan oppfatter og tolker hva vi sier og uttrykker oss gjennom kroppsspråk, kan være helt annerledes enn hva vår intensjon er når vi kommuniserer med han. Det kan påvirke Johan til og ikke ville ta medisiner sine om han hadde oppfattet oss som truende. Hvis vi ikke har forståelsen av hvordan vår adferd innvirker på Johan, så kan det føre til at vi ikke har

evnen til å forstå hvorfor Johan reagerer slik han gjør. Vi har da ingen forutsetning for å kunne endre på oss selv slik at vår adferd virker positivt på relasjonen med Johan. Dersom vi som sykepleiere er bevisst vår måte å kommunisere på, både gjennom ord og uttrykk, men også gjennom våre holdninger så kan det styrke samhandlingen og ha en positiv effekt.

I forskningsartikkelen til Cunningham & Williams (2007) går de inn på bruk av ”elderspeak” når man kommuniserer med demente pasienter. Med det mener de et forenklet vokabular og grammatikk, korte setninger, langsom tale og at man prater høyt. Det viste seg i deres forskning at demente pasienter hadde en negativ adferd i takt med sykepleiernes bruk av ”elderspeak” (Cunningham & Williams, 2007). Hvis noen kommer bort til oss og prater med et annet toneleie enn hva de vanligvis gjør, eller at de gjør seg til i stemmen, så kan også vi føle det som krenkende. Vi har full forståelse for hvorfor Cunningham & Williams (2007) mener at det å endre måten man kommuniserer på, kan ha en nedverdiggende følelse hos den som blir pratet til. Likevel så mener vi ut fra våre erfaringer at det å være bevisst på hvordan vi kommuniserer, både til eldre og til demente pasienter har styrket kommunikasjonen. Med det mener vi at vi fortsatt prater med normalt toneleie, men at vi er vant med å prate saktere, høyere og bruke kortere setninger som gjør det enklere å forstå. Ut fra biologiske endringer som skjer med alderen så hører ofte eldre dårligere, som har ført til at vi naturlig har endret vår måte å kommunisere med eldre på. Det vi har erfart støttes også av Henriksen (2008). Cunningham & Williams (2007) mener at en god kommunikasjon kan bidra til å redusere adferdsmessige symptomer (ibid), noe også vi og Henriksen (2008) er enige i. Forskjellen er hva hver og en av oss mener er en god kommunikasjon.

Ettersom Johan lider av Alzheimers sykdom så har han sviktende hukommelse som man må ta hensyn til i det daglige arbeidet (Berentsen, 2008a). Hvis vi prater fort til Johan og gir han flere beskjeder samtidig så kan det by på utfordringer for Johan. At vi forteller Johan at han nå skal sette seg ned fordi det er middag, og at han må ta tablettene vi gir ham og drikke vann til. Dette blir en lang setning med mange beskjeder på en gang. Sannsynligheten ville vært stor for at Johan hadde fått med seg at han skulle sette seg ned, men ikke hvorfor. Johan hadde trolig sittet med tablettene i hånda og ikke visst hva de var og hva han skulle ha gjort med dem (Henriksen, 2008). Selv om Alzheimers pasienter har dårlig hukommelse, så har de også problemer med å forstå hva de skal gjøre med tablettene og kan glemme at de skal svelges. Sammenhengen mellom enkle dagligdagse ting som de har vært vant med hele livet svekkes.

En svekket forståelse kan ofte føre til unødig frustrasjon hos pasienter som Johan og kan føre til at samhandlingen blir svekket (Engedal & Haugen, 2009). Det er derfor viktig at vi som sykepleiere har den kunnskapen og forståelsen for hvordan sykdommen utarter seg, og at vi er bevisst på dette når vi utøver sykepleie. Henriksen (2008) går inn på at hvis vi i stedet hadde pratet om en ting av gangen som å dele opp beskjedene, ville det gitt bedre forutsetning for Johan til å forstå det vi formidlet. Da kunne Johan ha fått satt seg før vi ga neste beskjed. Hvis vi bruker korte setninger når vi prater med Johan, er tydelig og rolig så vil hans oppmerksomhet mot oss og det som vi formidler være større (ibid). Hvis vi skaper forutsigbarhet og en balanse i hverdagen til Johan, gjennom gode rutiner og at han har faste sykepleiere å forholde seg til, så kan det være med på å bedre relasjonen mellom Johan og oss som sykepleiere (Rokstad, 2008b). På den andre siden kan mangel på faste sykepleiere gjøre Johan utrygg og følelsen av og ikke være "hjemme", gjøre det vanskeligere å håndtere en god relasjon og kommunikasjon ved medisinerings.

Når Johan ikke ønsker å ta medisinene sine så kan bruk av realitetsorientering være en mulighet hvis Johan er i en annen tid enn nåtiden. Ved å bruke kalender eller andre gjenkjennbare ting kan vi realitetsorientere Johan frem til dagen i dag (Smebye, 2008; Solheim, 2009). Hvis vi realitetsorienterer Johan gjennom å fortelle han om hans tilleggssykdommer og hvor viktig det er at han tar tablettene, så kan effekten av denne metoden ha to utfall. Det kan resultere i at Johan blir lei seg, sint og frustrert da han ikke husker at han har tilleggssykdommer, og dermed mister tillit til oss som sykepleiere som prøver å lure han. Grunnen for at han kan reagere slik er at Alzheimers pasienter er ofte kritiske til andre (Berentsen, 2008a). Dette kan skje med Johan, men det avhenger også på hvordan vi formidler informasjonen som går på den non-verbale kommunikasjonen. Dersom vi i stedet fremmer en trygghet og tillit i kommunikasjon og samhandling med Johan, så kan realitetsorientering ha en helt annen effekt (Eide & Eide, 2007). Det kan gi Johan en følelse av trygghet til vår informasjon når han ikke husker og kanskje føler seg usikker på seg selv (Rokstad, 2008b; Solheim, 2009). Dette er også noe som Travelbee (1999) går inn på der hun tar for seg at trygghet og tillit har stor betydning i møte mellom sykepleier og den syke (Travelbee, 1999).

Adferden til Johan varierer veldig fra å være samarbeidsvillig til å være urolig, vandrende, sint og utagerende. Våre erfaringer fra å jobbe på demensavdeling i sykehjem er at mange pasienter blir plassert sammen på stua. Når en dement pasientgruppe som Johan hører til blir

samlet kan det by på utfordringer for de ansatte. Dette fordi Alzheimers sykdom utvikler seg forskjellig hos hver enkelt der ulike faktorer kan utløse endring av adferd (Engedal & Haugen, 2009; Solheim, 2009). Hvis vi ikke tar hensyn til Johans behov og tilrettelegger deretter kan dette virke negativt på medisineringsen av Johan. Det er sikkert ikke alle pasientene på avdelingen som får medisiner flere ganger daglig, og kanskje føler Johan ubehag ved å ta tabletter foran andre. Dersom vi sørger for at omgivelsene rundt Johan er rolige, så kan vi unngå forstyrrelser som distraherer (Rokstad, 2008b). Det kan bidra til at han blir mer samarbeidsvillig og roligere når han skal ha medisiner. Hvis Johan blir distraheret på stua kan alternativet være at han får medisiner sine på rommet, der blir han ikke forstyrret og vil bevare en rolig adferd. Dette er et tiltak som vi har erfart blir ofte brukt i sykehjem, men dette er ikke et tillitskapende tiltak. Vi mener likevel at et slikt tiltak kan være et godt utgangspunkt for å gjøre kommunikasjon og samhandlingen bedre med Johan for å få han til å ta tablettene sine. Slik vi har forstått det skal det være en god begrunnelse for at man skal kunne kjøre pasienten på rommet, og at det skal være for Johans beste og ikke for vår skyld.

Ofte har vår adferd større innvirkning på pasienter enn hva vi faktisk sier, altså vår non-verbale kommunikasjon. Hvis vi på den ene siden stresser, har det travelt, et alvorlig ansiktsuttrykk og en truende kroppsholdning, så vil det påvirke kommunikasjonen med Johan og kan gjøre han redd, urolig eller aggressiv (Henriksen, 2008). Vi må derfor sørge for å sette av god tid når vi skal prate med Johan og være bevisst på vår non-verbale kommunikasjon i samhandlingen. Hvis vi på den annen side tar oss tid til å sette oss ned og vise interesse for Johan, gjennom å lytte, et godt humør, ha blikkontakt og en vennlig holdning vil være beroligende, og ikke minst føre til at samtalen har et bedre utgangspunkt før man skal gi Johan medisiner hans. Slik kan han få en følelse av å bli verdsatt, få bekreftelse og aksept for sine følelser og behov som kan bidra til å styrke det som Travelbee (1999) definerer som et mellommenneskelig forhold (Travelbee, 1999).

Forskningsartikkelen skrevet av Skovdahl, Sørli, & Kihlgren (2007) tar for seg bruk av taktil stimulering av pasienter med Alzheimer. Det innebærer berøring av pasienten for å ta sikte på å formidle oppmerksomhet, kommunikasjon og kontakt som en del av sykepleierens omsorg for pasienten (Skovdahl, Sørli, & Kihlgren, 2007). Skovdal et al., (2007) kom frem til at berøring kan være et verktøy for sykepleiere for å skape en bedre kommunikasjon og samhandling mellom pasient og sykepleier. Dette kan bidra til at Johan føler trygghet og tillit,

som kan gi et positivt utslag på samarbeidet mellom Johan og sykepleier i daglige gjøremål. Dette forsterkes også av Eide & Eide (2007). Vi har erfart at det å berøre pasienter kan ha både positiv og negativ effekt, det er ikke alle som liker å bli berørt. På den ene siden kan konsekvensen ved å berøre Johan ha motsatt effekt, der han føler utrygghet og mistillit til oss som sykepleiere. Han kan bli skeptisk og mindre samarbeidsvillig, dette kan i verste fall føre til at Johan nekter å ta medisinen sin. På den andre siden kan det å skape en trivelig samtale, utvise trygghet og tillit gjennom nærhet ha en bedre effekt for å få Johan til å ta sine medisiner. Det kan være å holde Johan i hånden mens vi sitter ved siden av og prater med han. For at berøring skal ha en positiv effekt sammen med kommunikasjon, må vi kjenne til Johan sin bakgrunn og lært han å kjenne (Eide & Eide, 2007).

Travelbee (1999) mener at det er viktig at vi ser Johan bak sykdommen som kan føre til at vi bedre forstår han. Dette er en forutsetning for et godt menneske- til- menneske- forhold, men det er også vesentlig at forholdet baseres på en gjensidig kommunikasjon og samhandling med Johan. Dersom vi bare tenker på at vi må få medisinert Johan og ikke på hvorfor, så vil det være vanskelig å hjelpe og gi han god sykepleie. Hvis vi i stedet ser han i et større perspektiv der sykdommene hans er en del av han som person, har vi en bedre forutsetning for å gi han en god behandling som både ivaretar han som person, men også hans sykepleiebehov (Travelbee, 1999).

Vi kan spørre oss selv om ikke kommunikasjon, samhandling og berøring er en form for paternalisme der man prøver å påvirke Johan til å ta medisinerne sine gjennom å spille på hans tillit. Hvis vi påvirker Johan til å ta andre valg enn hva han vanligvis ville ha gjort, så er det bruk av paternalisme som igjen kan betegnes som bruk av tvang. Det finnes mange måter å kommunisere på, og det er som Travelbee (1999) skriver, at det er ikke alltid hva vi som sykepleiere sier som betyr noe, det er heller vår evne til å være et medmenneske – å lytte, observere og anerkjenne den enkelte pasient som virkelig betyr noe (ibid). Med dette forstår vi det slik at hvordan vi som sykepleiere velger å kommunisere og samhandle med Johan på, er av betydning for om vi påvirker han eller ikke.

7 KONKLUSJON

Som sykepleiere kan vi stå ovenfor mange etiske utfordringer. De refleksjoner og vurderinger vi gjør ut fra våre kunnskaper og erfaringer er avgjørende for å kunne løse problemer som oppstår. Å ivareta Johans autonomi og hans helse er vanskelig når han motsetter seg helsehjelp i form av medisiner. Etersom Johan har begrenset samtykkekompetanse på grunn av sin Alzheimers sykdom så er han ikke i stand til å ta gode avgjørelser. Dette innebærer at vi som sykepleiere kan ta beslutninger som vedrører Johan i ulike situasjoner og som vil være til hans eget beste. Som gode sykepleiere kan vi integrere Johan i beslutningsprosessen slik at han har medbestemmelsesrett, der hans meninger blir hørt og vurdert.

Ut fra Pasient- og brukerrettighetsloven (2012) § 4A-3 skal tillitskapende tiltak være prøvd før man utøver tvang, og det er akkurat det vi er opptatt å få frem i denne oppgaven. Hva vi som sykepleiere kan gjøre for å hindre bruken av tvang hos demente pasienter ved medisiner. Vi mener Johans verdighet og integritet ikke blir ivaretatt av oss som sykepleiere, hvis vi skulle ha lurt Johan ved å blande medisiner med mat og drikke. Vi forstår likevel at dette kan være nødvendig dersom tillitskapende tiltak ikke fungerer.

For å besvare problemstillingen vår måtte vi finne ut hva som menes med tillitskapende tiltak. Hvordan forholdet mellom sykepleier og pasient utvikler seg avhenger av pasientens trygghet og tillit til oss som sykepleiere. Med det så innebærer det at de tiltak vi gjør skal føre til økt tillit hos Johan. Vi mener tiltak som har en god faglig tilnærming som kommunikasjon og samhandling, bidrar til å styrke forholdet mellom sykepleier og pasient. Det er viktig å tenke på hvordan Johan tolker og oppfatter vår måte å kommunisere på, både verbalt gjennom ord og uttrykk, men også hvordan han tolker vår måte å uttrykke oss på som gjenspeiler seg i kroppsspråket.

Tallene fra Demensplanen fra Helse- og omsorgsdepartementet (2007) viser til en stor økning av demens de kommende årene og det er derfor viktig at sykepleiere har kunnskaper om demente pasienter og deres rettigheter. Vi mener derfor at problemstillingen vår er et tema som det bør forskes videre på. Vi erfarte også at begrepet tillitskapende tiltak hadde lite treff i

våre litteratursøk og burde derfor blitt vektlagt i større grad i nyere forskning. Vi har den oppfatningen av at det i praksis blir lite dokumentert bruken av tvang i eldreomsorgen, spesielt ved medisinerings og at dette er noe som burde blitt satt større fokus på.

Gjennom å skrive denne oppgaven har vi blitt mer bevisst på hvordan vi utøver sykepleie til demente pasienter og hvilke rettigheter de har. Vi har også blitt mer reflektert over hvordan vi bør kommunisere med demente pasienter og hvordan de kan oppfatte oss på en helt annen måte enn hva intensjonen vår er. Til slutt vil vi si at vi tror tillitskapende tiltak der vi skaper trygghet og tillit gjennom å kommunisere, samhandle og berøre kan redusere bruken av tvang. Dette så fremt at den enkelte sykepleier er bevisst på sine holdninger og verdier i samhandling med demente på.

REFERANSELISTE

*Berentsen, V. D. (2008a). *Demensboka. Lærebok for pleie - og omsorgspersonell* (kap.3 & kap.4). Tønsberg: Aldring og helse Forl.

*Berentsen, V. D. (2008b). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (kap.28). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Bielecki, T., & Børdal, B. (2008). *Legemiddelhåndtering* (6.utg., kap.1). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Bondevik, M. (2006). Sykepleie til eldre – grunnleggende prinsipper. I M. Bondevik & H. A. Nygaard (Red.). *Tverrfaglig geriatri. En innføring* (2.utg., kap.10). Bergen: Fagbokforl.

*Brinchmann, B. S. (2008). I B. S. Brinchmann (Red.). *Etikk i sykepleien* (2.utg., kap.5). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Cunningham, J., & Williams, K. N. (2007). A Case Study of Resistiveness for Care and Elderspeak. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 21(1), 45-56. Lokalisert på:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=cdb95ec7-98a2-4e2a-b6b7-ad3c69ea4bc7%40sessionmgr10&vid=7&hid=9>

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

*Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner – Samhandling, konfliktløsning og etikk* (2.utg., kap.7 & kap.15). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Engedal, K., Kirkevold, Ø., Eek, A., & Nygård, A.- M. (2001). *Skal, skal ikke... Rettighetsbegrensninger og tvangstiltak i behandling og omsorg av personer med demens.*

Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. Lokalisert på:

<http://www.nordemens.no/ViewFile.aspx?ItemID=400>

*Engedal, K., & Haugen, P. K. (2009). *Lærebok. Demens – fakta og utfordringer* (5.utg., kap.1 & kap.4). Tønsberg: Aldring og helse Forl.

*FN-sambandet, (s.a.). *Verdenserklæringen om Menneskerettigheter av 10. desember 1948.*

Lokalisert på:

<http://www.fn.no/FN-informasjon/Konvensjoner-og-erklæringer/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklæring-om-menneskerettigheter>

*Forskrift om legemiddelhåndtering (2008). *Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp.* FOR 2008-04-03-320.

Lokalisert på:

<http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20080403-0320.html#1>

*Heap, K. (2002). *Samtalen i eldreomsorgen. Kommunikasjon- minner- kriser- sorg* (3.utg., kap.3 & kap.4). Oslo: Kommuneforl.

*Helse- og omsorgsdepartementet, 2007. Delplan til Omsorgsplan 2015. *Demensplan 2015.*

«Den gode dagen». Lokalisert på:

<http://www.regjeringen.no/Upload/HOD/Vedlegg/Planer/Demensplan2015.pdf>

*Helse- og omsorgsdepartementet. (1998-99). *Lov om pasientrettigheter.* (Definisjon av pasient [NOU] 1998-99:12). Lokalisert på:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/19981999/otprp-nr-12-1998-99-/3/3/1.html?id=305850>

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. (2011). Lokalisert på:

<http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-001.html#1>

*Henriksen, K. W. (2008). Kommunikasjon. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.). *Personer med demens. Møte og samhandling* (kap.5). Oslo: Akribe.

*Jakobsen, R., & Sørli, V. (2010). Dignity of older people in a nursing home: narratives of care providers. *Nursing Ethics*, 17(3), 289-300. Lokalisert på:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f560b65e-770a-485e-9495-834beb84b5c2%40sessionmgr11&vid=3&hid=9>

*Johnsen, L., & Smebye, K. L. (2008). Bruk av tvang i demensomsorgen. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.). *Personer med demens. Møte og samhandling* (kap.9). Oslo: Akribe.

*Kirkevold, Ø., & Engedal, K. (2004). Prevalence of patients subjected to constraint in Norwegian nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 18 (3), 281-6.
Lokalisert på:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4256a34b-414b-49cc-8cde-166ee78ca62b%40sessionmgr10&vid=3&hid=9>

*Kirkevold, Ø. (2005). Bruk av tvang i sykehjem. *Tidsskrift for Den Norske lægeforening* 125 (10), 1346-8. Lokalisert på:
<http://tidsskriftet.no/article/1192223>

*Norsk Sykepleier Forbund (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICN's etiske regler*. Lokalisert på Sykepleierforbundet 9.april 2008:
<https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/304808/Yrkesetiske%20retningslinjer.pdf>

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., & Reinart, L. M. (2008). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

*Nylenna, M. (2004). *Medisinsk ordbok* (6.utg.). Oslo: Kunnskapsforl.

*Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-2011-06-24-30. (2012). Lokalisert på:
http://www.lovdato.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-063.html&emne=PASIENTRETTIGHET*&&

*Ranhoff, A. H., & Børdahl, B. (2008). Eldre og legemidler. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (kap.14). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Rokstad, A. M. M. (2008a). Forståelse som grunnlag for samhandling. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.). *Personer med demens. Møte og samhandling* (kap.4). Oslo: Akribe.

*Rokstad, A. M. M. (2008b). Miljøbehandling. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.). *Personer med demens. Møte og samhandling* (kap.7). Oslo: Akribe.

*Røkenes, O. H., & Hanssen, P.- H. (2006). *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (2.utg., kap.1). Bergen: Fagbokforl.

*Skovdahl, K., Sørli, V., & Kihlgren, M. (2007). Tactile stimulation associated with nursing care to individuals with dementia showing aggressive or restless tendencies: an intervention study in dementia care. *International Journal of Older People Nursing*, 2 (3), 162-70.

Lokalisert på:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=12e709eb-d97c-4191-bdf7-418f2ac21b47%40sessionmgr10&vid=3&hid=9>

*Slettebø, Å. (2002). *Sykepleie og etikk* (3.utg., kap.4). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Slettebø, Å. (2008). Ethiske dilemmaer. I B. S. Brinchmann (Red.). *Etikk i sykepleien* (2.utg., kap.2). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Smebye, K. L. (2008). Å møte personer med demens. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.). *Personer med demens. Møte og samhandling* (kap.1). Oslo: Akribe.

*Snoek, J. E., & Engedal, K. (2008). *Psykatri. Kunnskap. Forståelse. Utfordringer* (3.utg., kap.13). Oslo: Akribe.

*Solheim, K. (2009). *Demensguide. Holdninger og handlinger i demensomsorgen* (2.utg.). Oslo: Universitetsforl.

*Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (kap.1, kap.9 & kap.10). Oslo: Gyldendal Akademisk.

VEDLEGG

I Selvvalgt litteratur

Berentsen, V. D. (2008a). <i>Demensboka. Lærebok for pleie - og omsorgspersonell.</i> Tønsberg: Aldring og helse Forl.	s.43 - 75
Berentsen, V. D. (2008b). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.). <i>Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten.</i> Oslo: Gyldendal Akademisk.	s.350 - 382
Bielecki, T., & Børdal, B. (2008). <i>Legemiddelhåndtering</i> (6.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.	s.13 - 29
Bondevik, M. (2006). Sykepleie til eldre – grunnleggende prinsipper. I M. Bondevik & H. A. Nygaard (Red.). <i>Tverrfaglig geriatri. En innføring</i> (2.utg.). Bergen: Fagbokforl.	s.123 - 129
Brinchmann, B. S. (2008). I B. S. Brinchmann (Red.). <i>Etikk i sykepleien</i> (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.	s.43, s.81 - 96
Cunningham, J., & Williams, K. N. (2007). A Case Study of Resistiveness for Care and Elderspeak. <i>Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal</i> , 21(1), 45-56. Lokalisert på: http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=cdb95ec7-98a2-4e2a-b6b7-ad3c69ea4bc7%40sessionmgr10&vid=7&hid=9	s.45 - 56
Eide, H., & Eide, T. (2007). <i>Kommunikasjon i relasjoner – Samhandling, konfliktløsning og etikk</i> (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.	s.197 - 219, s. 391 - 399
Engedal, K., Kirkevold, Ø., Eek, A., & Nygård, A.- M. (2001). <i>Skal, skal ikke... Rettighetsbegrensninger og tvangstiltak i behandling og omsorg av personer med demens.</i> Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. Lokalisert på: http://www.nordemens.no/ViewFile.aspx?ItemID=400	s. 6
Engedal, K., & Haugen, P. K. (2009). <i>Lærebok. Demens – fakta og utfordringer</i> (5.utg.). Tønsberg: Aldring og helse Forl.	s.20, s.88 - 89

FN-sambandet, (s.a.). <i>Verdenserklæringen om Menneskerettigheter av 10. desember 1948</i> . Lokalisert på: http://www.fn.no/FN-informasjon/Konvensjoner-og-erklæringer/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklæring-om-menneskerettigheter	s.1 - 6
Forskrift om legemiddelhåndtering (2008). <i>Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp</i> . FOR 2008-04-03-320. Lokalisert på: http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20080403-0320.html#1	
Heap, K. (2002). <i>Samtalen i eldreomsorgen. Kommunikasjon-minner-kriser-sorg</i> (3.utg.). Oslo: Kommuneforl.	s.42 - 129
Helse- og omsorgsdepartementet, 2007. Delplan til Omsorgsplan 2015. <i>Demensplan 2015. «Den gode dagen»</i> . Lokalisert på: http://www.regjeringen.no/Upload/HOD/Vedlegg/Planer/Demensplan2015.pdf	26
Helse- og omsorgsdepartementet. (1998-99). <i>Lov om pasientrettigheter</i> . (Definisjon av pasient [NOU] 1998-99:12). Lokalisert på: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/19981999/otprp-nr-12-1998-99-/3/3/1.html?id=305850	
Henriksen, K. W. (2008). Kommunikasjon. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.). <i>Personer med demens. Møte og samhandling</i> . Oslo: Akribe.	s. 89 - 100, s.104 - 105, s.111
Jakobsen, R., & Sørli, V. (2010). Dignity of older people in a nursing home: narratives of care providers. <i>Nursing Ethics</i> , 17(3), 289-300. Lokalisert på: http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f560b65e-770a-485e-9495-834beb84b5c2%40sessionmgr11&vid=3&hid=9	s. 289 - 300
Johnsen, L., & Smebye, K. L. (2008). Bruk av tvang i demensomsorgen. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.). <i>Personer med demens. Møte og samhandling</i> . Oslo: Akribe.	s.210, s. 220

Kirkevold, Ø., & Engedal, K. (2004). Prevalence of patients subjected to constraint in Norwegian nursing homes. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> . 18 (3), 281-6. Lokalisert på: http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4256a34b-414b-49cc-8cde-166ee78ca62b%40sessionmgr10&vid=3&hid=9	s.281 - 286
Kirkevold, Ø. (2005). Bruk av tvang i sykehjem. <i>Tidsskrift for Den Norske lægeforening</i> 125 (10), 1346-8. Lokalisert på: http://tidsskriftet.no/article/1192223	
Norsk Sykepleier Forbund (2007). <i>Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICN's etiske regler</i> . Lokalisert på Sykepleierforbundet 9.april 2008: https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/304808/Yrkesetiske%20retningslinjer.pdf	s.5 - 11
Nylenna, M. (2004). <i>Medisinsk ordbok</i> (6.utg.). Oslo: Kunnskapsforl.	
Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-2011-06-24-30. (2012). Lokalisert på: http://www.lovdato.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-063.html&emne=PASIENTRETTIGHET*&&	
Ranhoff, A. H., & Børdahl, B. (2008). Eldre og legemidler. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.). <i>Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten</i> . Oslo: Gyldendal Akademisk.	s.157 - 158
Rokstad, A. M. M. (2008a). Forståelse som grunnlag for samhandling. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.). <i>Personer med demens. Møte og samhandling</i> . Oslo: Akribe.	s. 76 - 79
Rokstad, A. M. M. (2008b). Miljøbehandling. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.). <i>Personer med demens. Møte og samhandling</i> . Oslo: Akribe.	s. 153 - 155.
Røkenes, O. H., & Hanssen, P.- H. (2006). <i>Bære eller breste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker</i> (2.utg.). Bergen: Fagbokforl.	s.7 - 20

Skovdahl, K., Sørli, V., & Kihlgren, M. (2007). Tactile stimulation associated with nursing care to individuals with dementia showing aggressive or restless tendencies: an intervention study in dementia care. <i>International Journal of Older People Nursing</i> , 2 (3), 162-70. Lokalisert på: http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=12e709eb-d97c-4191-bdf7-418f2ac21b47%40sessionmgr10&vid=3&hid=9	s. 162 - 170
Slettebø, Å. (2002). <i>Sykepleie og etikk</i> (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.	s. 76 - 98
Slettebø, Å. (2008). Ethiske dilemmaer. I B. S. Brinchmann (Red.). <i>Etikk i sykepleien</i> (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.	s. 43
Smebye, K. L. (2008). Å møte personer med demens. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smeybe (Red.). <i>Personer med demens. Møte og samhandling</i> . Oslo: Akribe.	s. 21 - 22
Snoek, J. E., & Engedal, K. (2008). <i>Psykatri. Kunnskap. Forståelse. utfordringer</i> (3.utg.). Oslo: Akribe.	s. 185
Solheim, K. (2009). <i>Demensguide. Holdninger og handlinger i demensomsorgen</i> (2.utg.). Oslo: Universitetsforl.	s. 185 - 189, s. 245 - 253
Travelbee, J. (1999). <i>Mellommenneskelige forhold i sykepleie</i> . Oslo: Gyldendal Akademisk.	s.29 - 30, s.44 - 45, s.135 - 167, s. 171 - 185
SUM ANTALL SELVVALGTE SIDER	413

II Søkehistorikk

Dato	Søkeord	Database	Avgrensning	Ant. treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
17.01.12	Dementia and Dignity and Autonomy	CINAHL with Fulltext via EBSCOhost	Date: 2007 - 2012	4	1	1	1
17.01.12	Communication and Autonomy and Ethics	CINAHL with Fulltext via EBSCOhost	Date: 2007 - 2012	25	5	1	0
17.01.12	Medication and Dementia and Nursing homes	CINAHL with Fulltext via EBSCOhost	Date: 2007 - 2012	27	5	2	0
19.01.12	Dementia and Nursing homes and Interventions	Cochrane via Helse - biblioteket	Oppsummert forskning Cochrane	137	3	1	0
19.01.12	Patient and Autonomy and Nurse	CINAHL with Fulltext via EBSCOhost	Date: 2005 - 2012	498	0	0	0
19.01.12	Patient and	CINAHL with Fulltext	Date: 2005 - 2012	8	1	1	0

	Autonomy and Nurse - Led	via EBSCOhost					
19.01.12	Restraint and Nursing homes and Norway	CINAHL with Fulltext via EBSCOhost	Date: 2003 - 2012	7	4	2	1
19.01.12	Confidence building	CINAHL with Fulltext via EBSCOhost	Date: 2007 - 2012	84	3	0	0
19.01.12	Confidence building and Dementia	CINAHL with Fulltext via EBSCOhost	Date: 2007 - 2012	0	0	0	0
19.01.12	Confidence building and Measures	CINAHL with Fulltext via EBSCOhost	Date: 2007 - 2012	12	1	0	0
24.01.12	Dementia and Behavior and Communi- cation	CINAHL with Fulltext via EBSCOhost	Date: 2007 - 2012	26	6	3	1
07.02.12	Dementia and Touch	CINAHL with Fulltext via EBSCOhost	Date: 2007 - 2012	9	2	1	1

III Artikkelanalyse

Forfatter År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode / Instrument	Deltakere / Frafall	Hovedfunn	Relevans
Øyvind Kirkevold og Knut Engedal 2004 Norge Scandi- navian Journal of Caring Sciences	Prevalence of patients subjected constraint in Norwegian nursing homes	Undersøke utbredelsen av ulike typer tvang i norske sykehjem, deriblant medisinering	Kvalitativ. Bearbeidet sine funn til kvantitative analyser. Strukturert intervju med pasientens primære omsorgs- person og avdelings- sykepleier.	1501 pasienter fra sykehjem i 54 kommuner. Alle fem helseregioner i Norge er representert, derav 12 kommuner fra hver helseregion, unntatt den nordligste regionen som ble representert med 6 kommuner. Ingen spesifikk informasjon om hver pasient ble samlet inn, men 75 % av pasientene hadde kjent demenssykdom.	- Mange pasienter blir medisinert mot sin vilje. Sykepleierne selv rapporterte at de gjemte medisiner i maten. - Mer kunnskap om hvilke legemidler som er skjult i maten og finne andre tiltak for å redusere bruk av tvangsmedisinering. Forfatterne mener det kan være nødvendig å skjule medisiner for å behandle livstruende sykdommer, men at dette bør gjenspeiles i lovene. - Bruk av tvang i norske sykehjem er et problem. Mer kunnskap vil redusere bruken av tvang ved medisinering.	Relevant for vår problem- stilling i forhold til at det er stadig flere personer som får diagnosen demens og en voksende eldre- generasjon. Problemet er stort i dagens samfunn.

Forfatter År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode / Instrument	Deltakere / Frafall	Hovedfunn	Relevans
Rita Jakobsen og Venke Sørlie. 2010 Norge Nursing Ethics	Dignity of older people in a nursing home: narratives of care providers	Undersøke hvordan etiske vanskelige situasjoner oppleves av helse- personell som jobber på sykehjem	Kvalitativ intervjustudie av 23 ansatte på et anonymt sykehjem i Norge. Intervjuene var individuelle og hadde narrativ tilnærming	23 ansatte hvor ni var sykepleiere, tre fysioterapeuter, tre sykepleierstudenter, en sosialarbeider og sju hjelpepleiere deltok i studien. Alle deltakerne jobber på et sykehjem i Norge, deres erfaring varierte fra en til 25 år i yrket.	- Å utføre etiske vanskelige handlinger skaper dårlig samvittighet hos helsepersonellet. - Mangel på kompetanse er årsaker til at uetiske handlinger oppstår. - Balansen mellom autonomi og verdighet blir en utfordring. Spesielt vanskelig er det når demens pasienter ikke kan møte sine behov da de ofte er ute i stand til å ta egne beslutninger. Dette er en utfordring for helsepersonell.	Relevant for vår problem- stilling som helse- personell grunnet stadig økende etiske utfordringer i sykepleie- behandling

Forfatter År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode / Instrument	Deltakere / Frafall	Hovedfunn	Relevans
Kirsti Skovdahl, Venke Sørli og Mona Kihlgren 2007 Sverige International Journal of Older People Nursing	Tactile stimulation associated with nursing care to individuals with dementia showing aggressive or restless tendencies: an intervention study in dementia care.	Å formidle oppmerksomhet gjennom kommunikasjon og berøring. Fremme trivsel og begrense bekymring til demente pasienter. Denne metoden vil gjøre pasienten mer bekvem på omgivelsene.	Kvalitativ innholdsanalyse av dokumentasjon som er blitt gjort på effekten av taktil stimulering som behandlings- metode. Undersøkelsen ble gjort over 28 uker på sykehjem.	Fem pasienter, hvor en var kvinne og fire menn deltok i studien. Dette var pasienter ved moderat til alvorlig Alzheimers sykdom med aggressive eller urolige tendenser. Pasienter, pårørende og personalet samtykket til undersøkelsen.	- Tillit er vesentlig i demensomsorgen og viktig for å oppnå en positiv samhandling. - Pasienter med demens, spesielt de som har problemer med å kommunisere verbalt kan ha nytte av taktil stimulering. - Berøringsstimulering og oppmerksomhet fra helsepersonell kan være et godt verktøy å bruke i sykepleien til demente pasienter. - Taktilstimulering kan være en kilde til omsorg og trygghet for eldre demente.	Absolutt relevant for vår problem- stilling med tanke på bruk av tillit- skapende tiltak.

Forfatter År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode / Instrument	Deltakere / Frafall	Hovedfunn	Relevans
Jacqueline Cunningham og Kristine N. Williams 2007 USA Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal	A Case Study of Resistiveness for Care and Elderspeak.	Belyse hvordan demente pasienter reagerer når helse- personell bruker kommunika- sjonsmetoder som er beregnet på eldre demente mennesker og hvordan adferden til pasienten blir påvirket.	Kvalitativ pilotcasestudie og kvantitative analyser. Ut fra videoopptak så ble hendelser der pasienten motsetter seg helsehjelp i interaksjon med helsepersonell vurdert. Det ble brukt for å analysere kommunikasjonen som utspilte seg, og hvordan dette påvirket samhandlingen.	13 pasienter hvor alle bodde på sykehjem.	- Kommunikasjon som tilsvarer "elderspeak" er en metode som blir benyttet av helsepersonell gjennom å prate høyt, bruk av korte setninger, langsom tale, enkel grammatikk og vokabular i samtale med demente pasienter. - Unngåelse av "elderspeak" vil bidra til å redusere vanskelig adferd hos demente pasienter. - Det blir fremhevet at kunnskap om kommunikasjon i demensomsorgen kan forbedre kvaliteten til pasienter med demens ved at de mindre vil motsette seg helsehjelp og at arbeidsforholdet til personalet blir bedre.	Relevant i forhold til vår problem- stilling ved å tenke over hvordan man kommuni- serer har av betydning for samhand- lingen med pasienter å gjøre.