



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for helse- og idrettsfag

Malin Engebråten og Lene Willoch

Omsorg i grenseland

(Grey area caring)

Bruk av tvang i sykepleien til pasienter med demens sykdom

Avsluttende eksamen i sykepleie

2012

Eksamenskode: 4AVS304

Veileder: Randi Skyrud

Antall ord: 9177

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	3
1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema	3
1.2 Problemstilling	3
1.3 Avgrensning	4
1.4 Oppgavens hensikt.....	4
1.5 Begrepsavklaring	4
1.5.1 Tvang.....	5
1.5.2 Omsorg	5
1.5.3 Demens sykdom	5
1.6 Oppgavens oppbygning	5
2. METODE	6
2.1 Beskrivelse av metode.....	6
2.2 Fremgangsmåte for litteratursøk.....	6
2.3 Presentasjon av litteratur og kildekritikk.....	7
2.4 Anonymisering	8
3. TEORETISK RAMMEVERK	9
3.1 Demens sykdom	9
3.1.1 Symptomer ved demens sykdom.....	9
3.2 Presentasjon av Kari Martinsens omsorgsteori	10
3.2.1 Omsorg som relasjonelt begrep	11
3.2.2 Omsorg som praktisk begrep.....	11
3.2.3 Omsorg som moralsk begrep.....	12
3.3 De fire prinsippers etikk	12
3.4 Pliktetikk	12

3.5	Konsekvensetikk	13
3.6	Retningslinjer og lover	13
3.6.1	Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere	13
3.6.2	Helsepersonelloven.....	13
3.6.3	Pasientrettighetsloven.....	13
3.6.4	Samtykkekompetanse	14
3.7	Presentasjon av forskningsartikler.....	14
3.7.1	“Use of constraints and their correlates in Norwegian nursing homes”	14
3.7.2	”Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang”	15
3.7.3	”Administrasjon av legemidler i norske sykehjem”	15
3.7.4	”Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen – pleieres perspektiv”	16
4.	DRØFTING.....	17
4.1	Hvilke forventninger og krav stilles til helsepersonell?	17
4.2	Hvor går grensen for lovlig bruk av tvang?.....	19
4.2.1	Bruk av bevegelseshindrende tiltak	20
4.2.2	Bistand til personlig hygiene	22
4.2.3	Administrering av legemidler.....	25
4.3	Hvordan kan sykepleieren forhindre bruk av tvang i omsorgen for pasienter med demens sykdom?	26
5.	KONKLUSJON.....	30
	LITTERATURLISTE	32

1. INNLEDNING

Vi er to sykepleiestudenter som er inne i 6. og siste semester av vår bachelorutdanning ved Høgskolen i Hedmark. I vår avsluttende eksamen har vi valgt å skrive om temaet bruk av tvang i sykepleien til pasienter med demens sykdom.

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema

Bruk av tvang i omsorgen til pasienter med demens sykdom oppleves som vanskelig av helsepersonell, og innebærer både faglige, etiske og juridiske utfordringer som det er viktig å belyse (Hem, Gjerberg, Pedersen & Førde, 2010). I tiden fremover vil gjennomsnittsalderen og antall eldre øke betraktelig, og på grunn av den forventede eldrebølgen vil også antall personer med demens sykdom øke. Økende antall eldre vil medføre økt behov for bistand fra helsesektoren, som tilsier at det vil være behov for økt bemanning av helsepersonell blant annet i sykehjem (Folkehelseinstituttet, 2010; Justad, 2000). En studie utført i Norge viser at antall sykepleiere på vakt i sykehjem er 27 % lavere enn planlagt, og at ledige vakter som oftest blir erstattet av ufaglærte (Holmeide & Eimot, 2011). Ettersom antallet personer med demens sykdom er økende, samtidig som antall helsepersonell med lavere eller ingen relevant utdanning er høy i sykehjem, kan bruk av tvang bli en utfordring i vår yrkesutøvelse. Sykepleiere skal utøve helhetlig sykepleie som ivaretar pasientenes verdighet og integritet. Det medfører blant annet et ansvar for faglig og etisk veiledning ovenfor sine medarbeidere (Norsk Sykepleieforbund [NSF], 2011). Ved siden av skolen arbeider vi begge i sykehjem og opplever jevnlig ulike utfordringer i omsorgen for pasienter med demens sykdom. Ut ifra våre erfaringer ser vi et behov for å belyse temaet både faglig, etisk og juridisk.

1.2 Problemstilling

Ut ifra bakgrunn og begrunnelse for valg av tema har vi kommet frem til følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleieren forhindre bruk av tvang i omsorgen for pasienter med demens sykdom?

For å få et bredere svar på problemstillingen stiller vi oss følgende spørsmål:

- *Hvilke forventninger og krav stilles til helsepersonell?*
- *Hvor går grensen for lovlig bruk av tvang?*

1.3 Avgrensning

Vi har valgt å avgrense oppgaven til å omhandle pasienter med demens sykdom som bor i sykehjem. Vi tar ikke for oss hver enkelt type demens sykdom, men generelt om denne sykdomsgruppen. Ettersom sykdomsutviklingen og graden av svikt i egenomsorgsevne varierer individuelt, vil bruk av tvang dermed kunne omhandle alle pasienter med demens sykdom uavhengig av type (Brækhus, Dahl, Engedal & Laake, 2009). Dersom sykepleieren skal handle faglig og etisk korrekt må kriteriene for lovlig bruk av tvang være oppfylt, hvor pasientens samtykkekompetanse herunder må vurderes konkret fra situasjon til situasjon (Pasientrettighetsloven, 1999). Vi har tatt utgangspunkt i Kari Martinsens syn på omsorg, såkalt vedlikeholdsomsorg, til eldre i sykehjem. Sykepleiens mål er å utøve omsorg som er til det beste for pasienten i hver enkelt situasjon (Kirkevold, 2001; Kristoffersen, 2005). Vi er bevisst på at pasient og pårørende står sentralt i forhold til det utvalgte temaet, men vi velger i hovedsak å belyse temaet ut ifra sykepleiernes perspektiv.

1.4 Oppgavens hensikt

Formålet med denne oppgaven er å få en dypere forståelse for temaet både faglig, etisk og juridisk, som vil kunne bidra til økt fokus og refleksjon på ulike pasientsituasjoner i praksis. Vi mener økt kompetanse hos helsepersonell vil kunne bidra til å finne frem til løsninger som forhindrer unødvendig bruk av tvang, og fører til bedre ivaretagelse av både helsepersonellet og pasientene.

1.5 Begrepsavklaring

Her vil vi kort avklare begrepene tvang, omsorg og demens sykdom, da disse er relevante i forhold til oppgavens problemstilling. Begrepene vil bli videre utdypet i teoridelen på oppgaven.

1.5.1 Tvang

Tvang vil si handlinger som utføres av helsepersonell ovenfor pasienten uten hans/hennes samtykke (Kristoffersen & Nortvedt, 2005).

1.5.2 Omsorg

Omsorg defineres som å vise omtanke og ta hensyn til, ta vare på og hjelpe en annen person (Martinsen, 2003).

1.5.3 Demens sykdom

Demens er en fellesbetegnelse for progredierende sykdommer som oppstår i hjernen og fører til tap av kognitive funksjoner (Brækhus et al., 2009).

1.6 Oppgavens oppbygning

Oppgavens andre kapittel omhandler metoden som er valgt for oppgaven. Her vises fremgangsmåten for litteratursøk og den utvalgte litteraturen blir presentert med en kritisk vurdering. Oppgavens tredje kapittel omhandler det teoretiske rammeverket for oppgaven. Innledningsvis presenteres generell teori om demens sykdom, og Kari Martinsens omsorgsteori. Deretter blir de fire prinsippers etikk kort beskrevet, samt pliktetikk og konsekvensetikk. Videre blir formålene til relevante retningslinjer og lover beskrevet, og kapitlet avsluttes med en presentasjon av de 4 forskningsartiklene som vi har valgt å bruke i oppgaven. I fjerde kapittel er oppgavens drøfting, der tema blir belyst ut ifra sykepleierperspektivet og problemstillingen blir besvart med bakgrunn i den utvalgte litteraturen og egne erfaringer. Avslutningsvis er femte kapittel som er oppgavens konklusjon, der svarene på problemstillingen blir oppsummert.

2. METODE

Vi har brukt ”*Metode og oppgaveskriving for studenter*” av O. Dalland (2007) som veileder og hjelpemiddel i utformingen av denne oppgaven.

2.1 Beskrivelse av metode

En metode beskriver fremgangsmåten for hvordan man skal arbeide med å fremskaffe og etterprøve kunnskap (Dalland, 2007). I følge Høgskolen i Hedmarks retningslinjer for bacheloroppgaven skal oppgaven baseres på en litteraturstudie. En litteraturstudie vil si at oppgaven skal baseres på litteratur som allerede eksisterer. Vi har samlet inn og kritisk vurdert skriftlig litteratur, der iblant fagbøker og ulike artikler, som er relevant for å belyse og svare på vår problemstilling (Ibid.).

2.2 Fremgangsmåte for litteratursøk

Foruten pensumlitteratur har vi brukt selvvalgt litteratur, der iblant fagbøker og ulike artikler. I forhold til pensumlitteraturen har vi valgt ut litteratur som vi anser som relevant for å belyse og svare på vår problemstilling. Vi har lånt fagbøker fra skolens bibliotek som er anbefalt som supplerende litteratur i vår utdanning. I tillegg har vi søkt på nettsider og i databaser for å finne artikler som er aktuelle i forhold til oppgavens tema. I forkant av søkingen etter forskningsartikler reflekterte vi over hva vi ønsket å vite mer om i forhold til tema for oppgaven. Vi kom dermed frem til følgende søkeord; *demens/dementia, sykepleie/nursing, omsorg/care, etikk/ethics, tvang/force, kommunikasjon/communication*. Deretter brukte vi disse søkeordene i ulike kombinasjoner i databasene Sykepleien.no, Helsebiblioteket og EBSCOhost på Cinahl. Ved å søke i Sykepleien.no med kombinasjonen ”*demens, omsorg og tvang*” fikk vi et resultat på 6 treff, hvor vi valgte ut 1 forskningsartikkel vi ønsker å bruke i oppgaven. Ved å søke i databasen EBSCOhost på Cinahl med kombinasjonen ”*dementia, nursing og force*” fikk vi et resultat på 15 treff etter at vi avgrenset tidsrammen til 2003-2012, for å få et utvalg av ny og oppdatert forskning. Vi valgte deretter ut 2 forskningsartikler vi ønsker å bruke i oppgaven.

2.3 Presentasjon av litteratur og kildekritikk

Litteratur er grunnlaget for å kunne belyse og svare på oppgavens problemstilling, og det er derfor viktig å begrense og stille seg kritisk til den utvalgte litteraturen. Kildekritikk vil si at man vurderer og karakteriserer den utvalgte litteraturen til oppgaven. Hensikten med kildekritikk er å finne ut om kilden er pålitelig og om litteraturen er relevant og gyldig i forhold til problemstillingen (Dalland, 2007). Viktige kriterier er at den utvalgte litteraturen er av nyere dato, fortrinnsvis ikke eldre enn 10 år, samt at den belyser temaet fra flere sider.

Vi har per telefon vært i kontakt med Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse som foretar forskning om demens sykdom. Vi fikk tilsendt to hefter med den siste oppdaterte litteraturen, samt at forfatteren Ø. Kirkevold anbefalte og sendte oss en av sine forskningsartikler som er relevant for oppgaven. I tillegg har vi brukt siste statistikk fra Folkehelseinstituttet i forhold til demens sykdom i Norge. Vi anser derfor Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse og Folkehelseinstituttet som pålitelige kilder. I forhold til eldrebølgen og bemanningssituasjonen i norske sykehjem har vi vært i kontakt med Statistisk Sentralbyrå gjentatte ganger, og fikk tildelt tidsskriftet *"Samfunnsspeilet"*. Utgaven er fra 2000, men vi fikk bekreftet at artikkelen er gyldig, da statistikkens fremskrivninger brukes per dags dato. I tillegg brukte vi en kvantitativ studie laget for NSF i forhold til bemanningssituasjonen i norske sykehjem til å støtte oppunder fremskrivningene fra SSB, da studien ble utgitt i 2011. Vi har hentet informasjon om samtykkekompetanse og vedtak for bruk av tvang fra de elektroniske nettsidene til Fylkesmannen. Nettsidene er basert på det norske lovverket som er en pålitelig kilde og informasjonen vi har brukt er derfor gyldig.

I oppgaven har vi valgt å bruke Kari Martinsen som sykepleieteoretiker på grunn av hennes syn på omsorg, såkalt vedlikeholdsomsorg, til eldre i sykehjem. Den utvalgte litteraturen i forhold til Kari Martinsen er både primær- og sekundærlitteratur. Vi har hovedsakelig valgt å bruke primærlitteratur som er forfatterens egen originaltekst, for å forhindre videreføring av en annen forfatters tolkning av originalteksten (Dalland, 2007).

De 4 forskningsartiklene vi har valgt å bruke er alle relativt nye, henholdsvis fra 2004, 2010 og 2011. Forskningen er utført i Norge og omhandler bruk av tvang til pasienter med demens sykdom som bor i sykehjem, og vi anser derfor disse forskningsartiklene som relevante for oppgaven.

Ved kritisk vurdering av artiklene har vi benyttet sjekklisten for kvalitativ forskning (Kunnskapscenteret, 2008). Forskningsartiklene henviser til hverandre i litteraturlisten, og i hver av artiklene kommer hensikt, metode, diskusjon/resultater og konklusjon tydelig frem. Den ene forskningsartikkelen vi fant i EBSCOhost på Cinahl måtte vi bestille fra skolens bibliotek og fikk den tilsendt i norsk utgave. Den andre forskningsartikkelen der ifra er skrevet på engelsk, og det vil derfor være en mulighet for at vår oversettelse av innholdet er feiltolket (Dalland, 2007).

2.4 Anonymisering

Ettersom vi har brukt egne erfaringer i oppgaven er det nødvendig med anonymisering for å kunne ivareta taushetsplikten (Helsepersonelloven, 1999). Det blir derfor ikke oppgitt navn på pasienter, helsepersonell og sted (Dalland, 2007).

3. TEORETISK RAMMEVERK

Her vil vi presentere den utvalgte litteraturen som er relevant og aktuell for å belyse og svare på vår problemstilling.

3.1 Demens sykdom

Demens er en fellesbetegnelse for sykdommer som oppstår i hjernen av ulike årsaker. Det finnes flere typer demens sykdom, hvor de hyppigste er Alzheimers sykdom som utgjør ca. 60 % og vaskulær demens som utgjør 10-20 % av tilfellene. Sykdommen forekommer fortrinnsvis i høy alder, men risikoen for å utvikle sykdommen øker etter fylte 70 år. Demens er en progressiv sykdom, men det varierer ut ifra typen og fra individ til individ, hvor hurtig sykdommen utvikler seg. I Norge er ca. 70 000 personer rammet av demens sykdom i dag. Ettersom antallet eldre vil øke er det forventet en økning til 160 000 personer med demens sykdom i år 2050 (Brækhus et al., 2009; Folkehelseinstituttet, 2010).

3.1.1 Symptomer ved demens sykdom

Demens sykdom fører til økende grad av kognitiv svikt. Det første symptomet som viser seg hos de fleste som er rammet er redusert hukommelse. Den kognitive svikten medfører også sviktende handlingsevne og språkfunksjon, samt endringer i personlighet og atferd som kan komme til uttrykk i form av blant annet irritabilitet og sinne. Etter hvert som sykdommen utvikler seg vil hukommelsessvikten medføre svekket evne til å orientere seg i forhold til tid, sted, rom og person. Sykdommen fører til svikt i utførelse av daglige gjøremål som f. eks matlaging og personlig hygiene, som igjen medfører svikt i grunnleggende behov. Personens kontroll over urin og avføring vil svekkes etter hvert som sykdommen utvikler seg. Personen som er rammet vil etter hvert ha behov for økt tilsyn og bistand i hverdagen, som følge av redusert egenomsorgsevne (Brækhus et al., 2009).

3.2 Presentasjon av Kari Martinsens omsorgsteori

Det er individuelt hvor lenge personer med demens sykdom klarer å bo hjemme, selv med støtte, tilsyn og bistand fra familien og hjemmetjenesten. Etter hvert som personen, selv med økt tilsyn og bistand, ikke lenger klarer å bo hjemme vil det være nødvendig å vurdere behovet for langtidsplass på sykehjem. I Norge bor ca. halvparten av personer med demens sykdom i sykehjem. Da personen får opphold på sykehjem må personalet kartlegge pasientens behov og samtykkekompetanse (Brækhus et al., 2009; Folkehelseinstituttet, 2010).

I Norge og Skandinavia har Kari Martinsens teori hatt stor innflytelse på utviklingen av sykepleiefaget. Hennes sykepleieteori er relativt annerledes enn det som anses som tradisjonelle sykepleieteorier, og oppfattes som en alternativ teori om sykepleiefaget og dens kunnskapsgrunnlag. I Kari Martinsens teori utgjør omsorg fundamentet i sykepleiefaget, og hun betegner omsorg som en grunnleggende holdning, der sykepleier anerkjenner pasienten ut ifra hans/hennes situasjon. Hun definerer omsorg som å vise omtanke og ta hensyn til, ta vare på og hjelpe en annen person. Sykepleien er rettet mot mennesker som opplever lidelse og er avhengig av omsorg fra sykepleieren som følge av sykdom, alder og funksjonshemming. Pasientgruppen som Kari Martinsen er spesielt opptatt av er mennesker som ikke kan gjenopprette selvhjulpenhet og selvstendighet, og hun omtaler omsorgen for denne pasientgruppen som vedlikeholdsomsorg. I relasjonen mellom sykepleier og pasient er omsorgen i hennes sykepleieteori generalisert, som vil si at sykepleieren utøver omsorg uten å ha forventninger om å få noe tilbake fra pasienten. Sykepleieren skal utøve omsorg som er til det beste for pasienten i hver enkelt situasjon, der pasientens evne til selvhjulpenhet ikke blir undervurdert eller overvurdert av sykepleieren. Handlingene skal føre til opprettholdelse av pasientens funksjoner og unngå forverring, og bidra til å styrke selvhjulpenhet i situasjoner der det er mulig. I tilnærmingen må sykepleieren ta utgangspunkt i at pasienten har en livshistorie og en sosiokulturell historie, slik at omsorgen for pasienten blir god. Samtidig skal sykepleieren vise personlig engasjement og innlevelse i pasientsituasjonen, som i følge Kari Martinsen vil si å utøve omsorg på pasientens premisser, og der misbruk av makt fra sykepleieren ikke blir tolerert (Kirkevold, 2001; Martinsen, 2003).

Autonomi er en persons rett til å ta selvstendige valg som omhandler eget liv, forutsatt at personen er i stand til å forstå og ta avgjørelser som er til sitt eget beste. Ved paternalisme vil helsepersonell med sin kompetanse ta avgjørelser, som de antar er til det beste for pasienten, uten at den enkelte har fått mulighet til å uttrykke sine ønsker og meninger. Ved bruk av paternalisme svekkes pasientens autonomi på grunn av at helsepersonellet handler uten pasientens samtykke (Kristoffersen & Nortvedt, 2005). I forhold til spenningsfeltet mellom autonomi og paternalisme sier Kari Martinsen at svak paternalisme er ønskelig i vedlikeholdsomsorgen. I følge Kari Martinsen vil svak paternalisme si at helsepersonell med sin kompetanse tar avgjørelser som er til det beste for pasienten, men viser hensyn til pasientens ønsker og meninger i den grad det er forsvarlig. Ved bruk av svak paternalisme reduseres pasientens autonomi på grunn av vilkår som er knyttet til pasienten, som f. eks tilregnelighet, tilstand eller hvorvidt den enkelte forstår situasjonen (Kristoffersen, 2005; Martinsen, 2003).

Kari Martinsens fremhever tre dimensjoner ved omsorgsbegrepet, der alle er likestilt, integrert og sammenvevd i hver enkelt situasjon. De ulike dimensjonene blir allikevel presentert hver for seg for å fremheve hver enkelts betydning i omsorgsutøvelsen (Martinsen, 2003).

3.2.1 Omsorg som relasjonelt begrep

Den relasjonelle dimensjonen ved omsorgsbegrepet vil si at det er en relasjon mellom minimum to mennesker som er basert på tillit. I relasjonen mellom sykepleier og pasient plikter sykepleieren å utøve omsorg ut ifra forståelsen av inntrykket som pasienten gir og imøtekomme pasientens behov i hver enkelt situasjon (Martinsen, 2003).

3.2.2 Omsorg som praktisk begrep

Den praktiske dimensjonen ved omsorgsbegrepet vil si at omsorg er en praktisk handling, i tillegg til å være en grunnleggende holdning hos sykepleieren. Den praktiske dimensjonen er basert på erfaringer og fagkunnskap som sykepleieren innehar, og bidrar til at sykepleieren er bedre evnet til å imøtekomme pasientens behov i hver enkelt situasjon (Martinsen, 2003).

3.2.3 Omsorg som moralsk begrep

Den moralske dimensjonen ved omsorgsbegrepet vil si at sykepleieren må lære seg å handle moralsk korrekt for å kunne bli en dyktig sykepleier, i tillegg til å inneha erfaringer og fagkunnskap. Omsorg kan bidra til situasjoner der sykepleieren griper inn i pasientens liv mot hans/hennes egen vilje og føre til en moralsk utfordring. I følge Kari Martinsens teori står moral og etikk samlet og leves i menneskelige relasjoner, der sykepleieren handler til det beste for pasienten uten hensyn til seg selv. I hver enkelt situasjon vektlegger Kari Martinsen moral og etikk som nødvendige hjelpemidler for at omsorgsutøvelsen skal være forsvarlig (Martinsen, 2003).

3.3 De fire prinsippers etikk

De fire prinsippers etikk utgjør rammeverket for etikken. Prinsippene anses som likeverdige og defineres som plikter. Velgjørenhetsprinsippet handler om å gjøre godt mot andre, mens ikke skade-prinsippet handler om ikke å skade andre. Autonomi handler om å respektere andres rett til å ta selvstendige valg. Rettferdighet handler om å behandle like tilfeller likt og å fordele ressurser rettferdig (Brinchmann, 2010).

3.4 Pliktetikk

Pliktetikk handler om å følge ulike typer plikter. Personer som handler i overensstemmelse med pliktetikken fokuserer på personen og handlingen, uavhengig av hvilke konsekvenser den medfører. Det finnes fem ulike typer plikter innenfor pliktetikken. Indre plikter handler om å følge menneskelig fornuft, f. eks skal man være mot andre slik man vil at andre skal være mot seg. Ytre plikter handler om å følge religion, regler og lovverket i samfunnet, f. eks skal helsepersonell utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. I tillegg finnes absolutte plikter, faktiske plikter og prima facie-plikter. Plikter anses som likeverdige og har derfor en rangordning som er uklar. Dette kan bidra til at plikter kommer i konflikt med hverandre i praksis. Sykepleiere begrunner sine handlinger ut i fra en tenkning basert på en kombinasjon av ulike typer etikk, der iblant pliktetikk og konsekvensetikk (Brinchmann, 2010).

3.5 Konsekvensetikk

Konsekvensetikk handler om konsekvenser av handlingen. Personer handler i overensstemmelse med konsekvensetikken dersom handlingen medfører overvekt av positive konsekvenser som rettferdiggjør handlingen, f. eks nytte og lykke. Det finnes to retninger innenfor konsekvensetikken. Innenfor handlingsutilitarisme vil handlingen være etisk korrekt dersom konsekvensene fører til mest mulig nytte for personene som er involvert. Innenfor regelutilitarisme vil handlingen være etisk korrekt dersom handlingen samsvarer med lovverket i samfunnet og kan gjøres til en allmenn regel. Samtidig som konsekvensene fører til mest mulig lykke for personene som er involvert (Sneltvedt, 2010).

3.6 Retningslinjer og lover

Her vil vi skrive om formålet til retningslinjer og lover som er relevante for å belyse oppgaven ut ifra sykepleierens perspektiv.

3.6.1 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

Yrkesetiske retningslinjer utgjør det etiske fundamentet i sykepleiefaget, og omtaler sykepleierens forhold til både profesjonen, pasient, pårørende, medarbeidere, arbeidsstedet og samfunnet. Sykepleien til pasienten skal være basert på kunnskap og bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene. Retningslinjene blir jevnlig revidert, slik at de er tilpasset endringene i det norske samfunnet (Norsk Sykepleieforbund [NSF], 2011).

3.6.2 Helsepersonelloven

Helsepersonelloven angår helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp i Norge, og har som formål å sørge for kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. Loven skal bidra til sikkerhet for pasienten og krever at helsepersonellet yter faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp som samsvarer med forventede kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 1999).

3.6.3 Pasientrettighetsloven

Pasientrettighetsloven har som formål å sørge for lik tilgang til kvalitative helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Loven skal bidra til å styrke tillitsforholdet mellom pasient og helse- og omsorgstjenesten, samt ivareta pasientens verdighet, integritet og respektere den enkeltes liv (Pasientrettighetsloven, 1999).

3.6.4 Samtykkekompetanse

Helsepersonell kan kun utøve helsehjelp til pasienter som har avgitt sitt samtykke. I forhold til blant annet personer med demens sykdom må samtykkekompetansen vurderes konkret fra situasjon til situasjon, der samtykkekompetansen i en enkelt eller flere situasjoner kan falle bort. I vurderingen av samtykkekompetanse skal helsepersonell i følge Pasientrettighetsloven (1999) § 4-3 tilrettelegge forholdene best mulig for at pasienten skal ha mulighet til å avgi sitt samtykke til å motta helsehjelp. Vurderingen av personens samtykkekompetanse er ikke permanent, og avgjørelsen om redusert/manglende samtykkekompetanse skal være begrunnet skriftlig. I en konkret situasjon, der pasienten ikke er samtykkekompetent og motsetter seg nødvendig helsehjelp, må det fattes vedtak for bruk av tvang. I forhold til både avgjørelse av redusert/manglende samtykkekompetanse og vedtak for bruk av tvang skal pasientens pårørende inkluderes (Fylkesmannen i Oppland, 2010, Pasientrettighetsloven, 1999).

3.6.5 Vedtak for bruk av tvang

I følge Pasientrettighetsloven (1999) § 4A-1 er formålet med kapittel 4A at helsepersonell skal yte nødvendig helsehjelp i hensikt å forhindre helseskade, samt forebygge og redusere bruk av tvang. Kvalifisert helsepersonell som skal fatte vedtak for bruk av tvang, der pasienten ikke er samtykkekompetent og motsetter seg nødvendig helsehjelp, må benytte vedtaksskjemaet for å sikre at alle vilkår oppfylles. Kopi av vedtak skal sendes til Fylkesmannen (Pasientrettighetsloven, 1999).

3.7 Presentasjon av forskningsartikler

Her vil vi presentere de utvalgte forskningsartiklene som alle er utført her i Norge, og omhandler bruk av tvang til pasienter med demens sykdom som bor i sykehjem.

3.7.1 “Use of constraints and their correlates in Norwegian nursing homes”

Studiens hensikt er å analysere effekten av begrensende tiltak i pleie og omsorgen til pasienter i sykehjem. Helsepersonell på 222 avdelinger i norske sykehjem ble spurt om bruk av begrensende tiltak mot 1926 pasienter over 7 dager. De begrensende tiltakene ble delt inn i ulike grupper. Avdelingstype, antall helsepersonell på vakt, samt deres grad av utdanning ble registrert (Kirkevold, Sandvik & Engedal, 2004).

Resultatene viser blant annet at pasienter med demens sykdom og graden av sykdomsutvikling, utagerende atferd og svikt i utførelse av daglige gjøremål hadde en betydelig innvirkning i forhold til bruk av begrensende tiltak. Studiens konklusjon er at bruk av begrensende tiltak er hyppig i sykehjem, spesielt mot pasienter med langt fremskreden demens sykdom, utagerende atferd og svikt i utførelsen av daglige gjøremål (Kirkevold, et al., 2004).

3.7.2 ”Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang”

Studiens hensikt er å belyse grensen mellom frivillighet og tvang ved å beskrive typiske situasjoner i pleie og omsorgen til pasienter med demens sykdom i sykehjem. Metoden som er brukt er 11 fokusgruppeintervjuer med 60 deltakere fra 5 sykehjem i Norge. Gruppene hadde hovedsaklig en tverrfaglig sammensetning. Typiske situasjoner som er beskrevet er vask, dusj, stell av negler og tannpuss. Resultatene viser at det ofte er små marginer og uklare grenser mellom frivillighet og tvang som medfører både faglige, etiske og juridiske utfordringer. Studiens konklusjon er at helsepersonell må engasjere seg i diskusjoner om praksis for å øke bevisstheten og finne frem til alternativer til bruk av tvang. Utviklingen av temaet krever ytterligere forskning for å øke kompetansen, som vil kunne bidra til å redusere bruk av tvang (Hem et al., 2010).

3.7.3 ”Administrasjon av legemidler i norske sykehjem”

Studiens hensikt er å kartlegge rutineene for knusing av legemidler i norske sykehjem, på bakgrunn av tidligere studier som viser avvik av ulike typer i administrering av legemidler. Metoden som er brukt er et spørreskjema med 22 spørsmål, som har blitt utviklet gjennom 3 faser, der 1037 avdelinger ved til sammen 463 norske sykehjem deltok i studien. Resultatene viser at både sykepleier/vernepleier og hjelpepleier/omsorgsarbeider deler ut legemidler ved de fleste avdelingene som deltok i studien. Ca. halvparten av avdelingene oppga at pasienter ble tildelt legemidler som var knust og blandet i mat eller drikke, uten pasientens samtykke eller vedtak om tvungen helsehjelp. Flere avdelinger oppgir også at det ikke blir utført dokumentasjon om knusing av legemidler til pasientene. Studiens konklusjon er at det foreligger tydelige avvik med manglende inkludering av pårørende og dokumentasjon i forhold til administrering av legemidler, samt klare behov for forbedring på disse områdene (Kirkevold & Engedal, 2010).

3.7.4 ”Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen – pleieres perspektiv”

Studiens hensikt er å beskrive helsepersonells opplevelser i forhold til ulike situasjoner i omsorgen for pasienter med demens sykdom og utagerende atferd. I tillegg vil studien belyse helsepersonells behov for økt kompetanse som skal bidra til ivaretagelse av pasientenes verdighet og integritet. Metoden som er brukt er kvalitative forskningsintervjuer blant helsepersonell på en avdeling for aldersdemens og alderspsykiatri i et sykehjem i Norge. 4 sykepleiere og 8 hjelpepleiere, der av 3 med videreutdanning innen psykiatri, deltok i studien etter å ha oppfylt inklusjonskriteriene. Resultatene viser at helsepersonellet opplever redsel, usikkerhet, maktesløshet og store utfordringer, og de understreket at de opplever etiske dilemmaer kontinuerlig i omsorgen for denne pasientgruppen. Helsepersonellet opplevde behov for økt kompetanse i forhold til håndtering av ulike situasjoner der pasientens autonomi, verdighet og integritet ble berørt. De ønsket at etikk skulle være et tema som ble diskutert i praksis med jevne mellomrom. Studiens konklusjon er at helsepersonell må oppleve trygghet i omsorgen for pasienter med demens sykdom og utagerende atferd for å kunne yte verdig helsehjelp. Økt kompetanse vil bidra til økt refleksjon i forhold til etiske dilemmaer i praksis, som igjen vil kunne medføre at begge parter, helsepersonellet og pasientene, blir ivaretatt (Rognstad & Nåden, 2011).

4. DRØFTING

Her vil vi belyse temaet ut ifra sykepleierperspektivet og svare på vår problemstilling med bakgrunn i den utvalgte litteraturen og egne erfaringer.

4.1 Hvilke forventninger og krav stilles til helsepersonell?

Per i dag antas at ca. halvparten av personer med demens sykdom bor i sykehjem, der studier viser til underdekning av faglærte i forhold til planlagt bemanning (Holmeide & Eimot, 2011). Ettersom den forventede eldrebølgen vil medføre at flere personer utvikler demens sykdom i Norge, vil flere få behov for omsorg i tiden fremover, som igjen vil medføre behov for økt kompetanse og bemanning av helsepersonell (Folkehelseinstituttet, 2010; Justad, 2000).

Vi erfarer at arbeidsdagene i sykehjem ofte er svært hektiske og utfordrende for helsepersonellet, noe som ofte fører til at arbeidsoppgavene må prioriteres. Sykepleiere har et stort ansvarsområde og mange parter å forholde seg profesjonelt til, som pasientene, pårørende, medarbeidere, arbeidsstedet og samfunnet (Norsk Sykepleieforbund [NSF], 2011). En studie viser at antall sykepleiere på vakt i norske sykehjem er 27 % lavere enn planlagt, noe som fører til at det blir ekstra arbeid og større ansvar for de sykepleierne som er på vakt (Holmeide & Eimot, 2011). Selv på hektiske og utfordrende arbeidsdager er sykepleierne ansvarlige ovenfor sin profesjon, og skal sørge for at egen yrkesutøvelse er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Samtidig som de skal være oppdatert på den nyeste kunnskapen som skal videreføres og anvendes i praksis (Norsk Sykepleieforbund [NSF], 2011).

Sykepleiernes profesjonsetiske ansvar omhandler mennesker i ulike faser i livet, der sykepleierne skal utøve helhetlig sykepleie som ivaretar pasientenes verdighet og integritet i sårbare situasjoner (Norsk Sykepleieforbund [NSF], 2011). I forhold til personer med demens sykdom som bor i sykehjem, erfarer vi ofte i vår yrkesutøvelse at sykdommen er så langt fremskreden at han/hun selv ikke lenger er evnet til å ivareta sine egenomsorgsbehov. Den demente pasienten er i en sårbar situasjon på grunn av sin reduserte egenomsorgsevne, som medfører at store deler av hans/hennes liv blir styrt og tatt hånd om av helsepersonellet (Brækhus et al., 2009).

Sykepleierne har ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom hos pasientene, samtidig som handlingene som utføres skal beskytte pasientene mot krenkelse, f. eks unødvendig bruk av tvang (Norsk Sykepleieforbund [NSF], 2011). I følge Pasientrettighetsloven (1999) § 4A-4 skal bakgrunn for vedtak for tvungen helsehjelp vurderes fortløpende, og helsehjelpen skal avbrytes umiddelbart dersom kriteriene for det aktuelle vedtaket opphører eller endres. Det vil si at helsepersonellet ved sykehjemmet må kartlegge og vurdere pasientenes behov for tilsyn og omsorg etter hvert som sykdommen progredierer. Ettersom sykdommen er progredierende vil ikke pasientene kunne gjenopprette sin selvhjulpenhet og selvstendighet (Brækhus et al., 2009). Pasientgruppen vil derfor være relevant i forhold til Kari Martinsens teori om vedlikeholdsomsorg, der omsorgen skal tilpasses for å ivareta den enkelte pasient som ikke lenger er i stand til å ta vare på seg selv (Kirkevold, 2001; Martinsen, 2003). Kari Martinsens teori om vedlikeholdsomsorg samsvarer her med våre plikter i henhold til Helsepersonelloven (1999) § 4, der helsepersonell skal utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp som er tilpasset hver enkelt pasientsituasjon.

Det er individuelt hvor lenge personer med demens sykdom klarer å bo hjemme, og etter hvert vil det ofte være nødvendig med langtidsplass på sykehjem (Brækhus et al., 2009). Ettersom sykdommen da ofte er så langt fremskreden at han/hun selv ikke lenger er i stand til å ta vare på seg selv, kan det bli nødvendig å foreta vurdering av pasientens samtykkekompetanse (Fylkesmannen i Oppland, 2010). I omsorgsutøvelsen for pasientene har sykepleierne også ansvar for å samhandle med hans/hennes pårørende og ivareta deres rett til informasjon (Norsk Sykepleieforbund [NSF], 2011). I forhold til pasienter med demens sykdom som bor i sykehjem står både pasienten og hans/hennes pårørende sentralt i omsorgsutøvelsen. I situasjoner der pasienter med demens sykdom ikke er samtykkekompetente, og motsetter seg nødvendig helsehjelp, plikter helsepersonellet å inkludere pårørende da det skal fattes vedtak om bruk av tvungen helsehjelp etter Pasientrettighetsloven (1999) kapittel 4A.

Sykepleierne har også et ansvar ovenfor sine medarbeidere, der de skal vise støtte i utfordrende pasientsituasjoner (Norsk Sykepleieforbund [NSF], 2011). Studien til Hem et al. (2010) viser til at helsepersonell ofte opplever arbeidsdagene som svært utfordrende og at de opplever bruk av tvang i omsorgen for demente pasienter som vanskelig. Studien til Holmeide og Eimot (2011) viser også at ledige vakter i norske sykehjem som oftest blir erstattet av ufaglærte.

Selv om de er ufaglærte regnes de som helsepersonell i følge Helsepersonelloven (1999) § 3, og de plikter dermed å utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp ut ifra blant annet kvalifikasjoner og den aktuelle situasjonen. I situasjoner der de ikke er kvalifisert plikter de å innhente bistand fra f. eks sykepleiere (Helsepersonelloven, 1999). Her vil sykepleierne ha ansvar for faglig og etisk veiledning som imøtekommer helsepersonellens behov for kunnskap og kompetanse (Norsk Sykepleieforbund [NSF], 2011). Dette vil føre til bedre ivaretagelse både av helsepersonellet og pasientene, og dermed vil kvaliteten på omsorgsutøvelsen bli bedre, som igjen vil bidra til å fremme helse og forebygge sykdom hos pasientene. Faglig og etisk veiledning vil også kunne bidra til å fremme et godt tverrfaglig samarbeid innad i sykehjemmet (Norsk Sykepleieforbund [NSF], 2011).

Sykepleierne er underlagt og forpliktet til å vise lojalitet ovenfor arbeidets visjon, verdier, mål og retningslinjer, i den grad de samsvarer med grunnlaget i sykepleiefaget. Ovenfor det norske samfunnet skal sykepleierne delta aktivt i offentlige debatter, slik at sosial- og helsepolitiske beslutninger prioriterer og imøtekommer sårbare pasientgrupper, der behovet for helse- og omsorgstjenester er størst (Norsk Sykepleieforbund [NSF], 2011). I forhold til den forventede eldrebølgen, der iblant økt antall personer med demens sykdom, må forholdet mellom bemanning og kompetanse vurderes og dokumenteres (Holmeide & Eimot, 2011). Det vil være nødvendig for å kunne tydeliggjøre eventuelle avvik og foreta endringer i forhold til bemanning og kompetanse, slik at omsorgsutøvelsen samsvarer med kravene til forsvarlighet som stilles til helsepersonellet etter Helsepersonelloven (1999) § 4.

4.2 Hvor går grensen for lovlig bruk av tvang?

Formålet med kapittel 4A i Pasientrettighetsloven (1999) er at helsepersonell skal yte nødvendig helsehjelp i hensikt å forhindre helseskade, samt forebygge og redusere bruk av tvang. Helsehjelpen vi tilrettelegger og gjennomfører skal ivareta pasientens fysiske og psykiske integritet, samtidig som helsehjelpen skal ta hensyn til den enkeltes autonomi i den grad det er mulig. Loven omfatter pasienter over 16 år uten samtykkekompetanse som motsetter seg nødvendig helsehjelp, der iblant personer med demens sykdom (Pasientrettighetsloven, 1999).

Kari Martinsen betegner omsorg som en grunnholdning, der sykepleieren anerkjenner pasienten og utøver omsorg uten å forvente å få noe tilbake. Omsorgen som sykepleieren utøver skal være til det beste for pasienten i hver enkelt situasjon. Hun legger også vekt på at omsorgen skal utøves på pasientens premisser, og at misbruk av makt fra sykepleieren ikke blir tolerert (Kirkevold, 2001; Martinsen, 2003). Etter hvert som sykdommen utvikler seg blir personer med demens sykdom mer og mer avhengig av omsorg fra andre.

Sykdomsutviklingen fører til økende grad av kognitiv svikt som kommer til uttrykk i form av sviktende hukommelse, handlingsevne og språkfunksjon, samt endring av personlighet og atferd. Å tilrettelegge og gjennomføre helsehjelp for denne pasientgruppen kan derfor føre til utfordringer, da pasienten selv kan ha store vanskeligheter med å forstå sin egen situasjon og å uttrykke sine ønsker og meninger (Brækhus et al., 2009). I studiene til Hem et al. (2010), Kirkevold & Engedal (2010) og Kirkevold et al. (2004) tar de for seg ulike situasjoner som helsepersonell opplever som utfordrende i omsorgen for pasienter med demens sykdom i sykehjem. Vi vil ta for oss noen av disse situasjonene, der også vi selv opplever utfordringer i vår yrkesutøvelse.

4.2.1 Bruk av bevegelseshindrende tiltak

En av de vanligste utfordringene som helsepersonell opplever er i forhold til bruk av bevegelseshindrende tiltak, også kalt mekaniske hindringer, som f. eks bruk av sengehest og belter i seng eller stol (Kirkevold et al., 2004). Vi erfarer at disse bevegelseshindrende tiltakene ofte brukes i hensikt å forhindre at den demente pasienten faller, enten ut av sengen eller stolen, på grunn av nedsatt gangfunksjon og balanse. Videre vil vi fremstille ulike situasjoner i forhold til bruk av sengehest, som vi selv har erfart, for å belyse helsepersonellens utfordringer. Vi ønsker også å finne frem til hvordan handlingene kan utføres på et faglig, etisk og juridisk korrekt grunnlag.

Sykdomsutviklingen varierer ut ifra typen og fra individ til individ, og symptomene vil derfor uttrykke seg forskjellig hos personer som er kommet like langt i sykdomsforløpet (Brækhus et al., 2009). En pasient kan uttrykke ønske om at sengehesten skal være oppe, mens han/hun hviler i sengen, der omsorgsutøveren oppfyller ønsket. Her samsvarer helsepersonellens handling med Kari Martinsens teori om at omsorgen skal utøves på pasientens premisser (Kirkevold, 2001; Martinsen, 2003).

Ved å handle etter pasientens ønske utøves omsorgen i samsvar med de fire prinsippers etikk og Pasientrettighetsloven (1999) § 4-1. Dette forutsetter at helsepersonellet har vurdert og tatt hensyn til om pasienten er i stand til å forstå og ta avgjørelser som er til sitt eget beste (Brinchmann, 2010).

En pasient får bistand til kveldsstell og blir lagt i sengen for kvelden, der omsorgsutøveren tar opp sengehesten. Pasienten har svekket handlingsevne og språkfunksjon, som bidrar til at han/hun har vanskeligheter med å uttrykke sine ønsker og meninger om situasjonen. Tidligere har pasienten falt ut av sengen og skadet seg, og etter vurdering og dokumentasjon av pasientens reduserte samtykkekompetanse har det blitt fattet vedtak om bruk av sengehest hos pasienten. Helsepersonellet tar opp sengehesten uvitende om pasientens ønsker og meninger, og må derfor forsikre seg om at handlingen er utført i samsvar med formålet til kapittel 4A i Pasientrettighetsloven (1999). Helsepersonellets handling samsvarer med Kari Martinsens teori om at omsorgen skal utøves til det beste for pasienten. Samtidig strider handlingen imot hennes teori om at omsorgen skal utøves på pasientens premisser, ettersom pasienten har vanskeligheter med å uttrykke seg (Kirkevold, 2001; Martinsen, 2003). Likevel sier Kari Martinsen at svak paternalisme er ønskelig i vedlikeholdsomsorgen, dersom helsepersonellet må ta avgjørelsen på vegne av pasienten og handlingen bidrar til det beste for han/henne i den enkelte situasjonen (Kirkevold, 2001; Martinsen, 2003).

En pasient med dårlig gangfunksjon og balanse, og der evnen til å orientere seg i forhold til tid, sted, rom og person er svekket, protesterer høylydt ved bruk av sengehest. Pasienten er ikke lenger evnet til å forstå og ta avgjørelser som er til sitt eget beste, og har gjentatte ganger falt og skadet seg alvorlig. Helsepersonellet handler i samsvar med velgjøringsprinsippet og ikke skade-prinsippet, på grunn av at de anser bruk av sengehest som nødvendig for å forhindre vesentlig helseskade hos pasienten (Brinchmann, 2010; Pasientrettighetsloven, 1999). Likevel har ikke pasientens samtykkekompetanse blitt vurdert av kvalifisert helsepersonell. Ettersom pasienten motsetter seg nødvendig helsehjelp må det foreligge dokumentasjon på at pasienten ikke er samtykkekompetent, før det kan fattes vedtak om bruk av tvungen helsehjelp etter Pasientrettighetsloven (1999) kapittel 4A. Dette er en forutsetning for at helsepersonellet skal kunne handle i samsvar med kapittel 4A i Pasientrettighetsloven (1999), der helsepersonellet i denne pasientsituasjonen benytter seg av et bevegelseshindrende tiltak.

Handlingen strider imot autonomiprinsippet og helsepersonellet utøver paternalisme, ettersom de ikke tar hensyn til pasientens høylydte protester (Brinchmann, 2010; Kristoffersen & Nortvedt, 2005). Paternalisme kan betegnes som misbruk av makt, noe som ikke blir tolerert i Kari Martinsens teori om vedlikeholdsomsorg (Kirkevold, 2001; Martinsen, 2003).

4.2.2 Bistand til personlig hygiene

I følge Hem et al. (2010) opplever helsepersonell ofte at grensen mellom fri vilje og bruk av tvang er uklart i situasjoner der de skal gi pasienter med demens sykdom bistand til personlig hygiene. I slike situasjoner ser helsepersonellet tydelig at pasienten har behov for stell, mens pasienten selv, helt eller delvis, ikke lenger er evnet til å forstå sitt eget beste. Ut ifra helsepersonellens perspektiv opplever de å utøve omsorg i grenseland på grunn av at de overtaler pasienten for å få utført en handling de anser som nødvendig (Hem et al., 2010). Videre vil vi fremstille ulike situasjoner som vi selv har erfart, for å belyse helsepersonellens utfordringer, der de opplever å utøve omsorg i grenseland mellom fri vilje og bruk av tvang. Vi ønsker også å finne frem til hvordan handlingene kan utføres på et faglig, etisk og juridisk korrekt grunnlag.

En pasient har behov for bistand for å komme seg til toalettet, men rekker ikke frem i tide. Helsepersonellet kjenner pasienten som en velstelt person, som inntil nylig har vært kontinent for urin og avføring. Pasienten uttrykker skamfølelse over situasjonen og ytrer ønske om bistand til personlig hygiene og klesskift, der omsorgsutøveren oppfyller ønsket. I følge Pasientrettighetsloven (1999) § 1-1 skal helsepersonellet ivareta pasientens verdighet og integritet, samt respektere den enkeltes liv. Pasienten uttrykker skamfølelse over å begynne og miste kontrollen over sine kroppsfunksjoner, og vi anser derfor pasienten for å være i en sårbar situasjon. Ettersom pasienten er i en sårbar situasjon må omsorgsutøveren legge til rette og gjennomføre stellet så skånsomt som mulig, slik at tillitsforholdet i relasjonen dem imellom styrkes og pasienten ikke opplever situasjonen som krenkende (Pasientrettighetsloven, 1999). Her følger helsepersonellet sine plikter ved å handle i samsvar med Pasientrettighetsloven (1999), der de imøtekommer pasientens behov og ivaretar hans/hennes verdighet og integritet (Brinchmann, 2010). I studien til Hem et al. (2010) viser resultatene at en situasjon raskt kan gå over fra fri vilje til bruk av tvang, dersom helsepersonellet ikke utøver omsorg på pasientens premisser.

Refleksjonene til Rokstad (2006) støtter opp under studiens resultater, da hun mener at måten omsorgen blir utøvd på avgjør om pasienten opplever å bli bekreftet eller krenket som menneske. Ettersom helsepersonellet utøver omsorg med personlig engasjement og innlevelse etter pasientens eget ønske, ivaretar de hans/hennes autonomi i den sårbare situasjonen. Samtidig tar de hensyn til pasienten da de ikke undervurderer eller overvurderer hans/hennes evne til selvhjelpenhet (Brinchmann, 2010; Kirkevold, 2001; Martinsen, 2003). Pasienten er samtykkekompetent ettersom han/hun er evnet til å forstå og ta avgjørelser som er til sitt eget beste i denne situasjonen, og kapittel 4A i Pasientrettighetsloven (1999) er derfor ikke relevant her.

Pasienten har sterkt svekket korttidshukommelse og er inkontinent for urin og avføring. Rett etter vaktskiftet oppdager helsepersonellet at pasienten har gjort avføring i buksebleien. De informerer pasienten om at det er nødvendig å utføre personlig hygiene, slik at han/hun ikke utvikler sår. Pasienten gir uttrykk for å forstå sitt eget beste, da han/hun følger med helsepersonellet inn på badet. Underveis stiller pasienten seg undrende til helsepersonellets handling og uttrykker irritabilitet og sinne. Ettersom pasienten tydelig har glemt årsaken til at han/hun har behov for bistand til personlig hygiene, anser helsepersonellet det som nødvendig å gjenta informasjonen for å kunne fullføre handlingen. Deltakerne i studien til Hem et al. (2010) formidler at de ofte opplever å måtte overtale pasienter i situasjoner der behovet for personlig hygiene er uttalt. Deltakernes opplevelse og helsepersonellets handling samsvarer med Kari Martinsen teori om vedlikeholdsomsorg, der svak paternalisme er ønskelig, dersom omsorgsutøvelsen bidrar til det beste for pasienten i den enkelte situasjonen (Kirkevold, 2001; Martinsen, 2003). Den siste tiden har helsepersonellet dokumentert flere tilsvarende situasjoner i forbindelse med bistand til personlig hygiene hos pasienten. Vi erfarer at omsorgen i tilsvarende situasjoner utøves i grenseland mellom fri vilje og bruk av tvang, noe som også studien til Hem et al. (2010) støtter opp under. Det vil derfor være behov for vurdering og dokumentasjon av pasientens reduserte samtykkekompetanse, slik at det kan fattes vedtak om bruk av tvungen helsehjelp etter Pasientrettighetsloven (1999) kapittel 4A. Dersom helsepersonellet handler i samsvar med Pasientrettighetsloven (1999) i denne situasjonen, vil konsekvensene føre til nytte og lykke for både pasient og helsepersonell (Sneltvedt, 2010).

En pasient med langt fremskreden demens sykdom har sterkt svekket evne til å orientere seg i forhold til tid, sted, rom og person. Pasienten er sengeliggende og er inkontinent for urin og avføring. Ved flere anledninger har pasienten sølt seg til med egen avføring på kroppen og hendene. Da helsepersonellet har gitt bistand til personlig hygiene har han/hun vist utagerende atferd og truet med å slå og bite dem. Dette har ført til at helsepersonellet har holdt fast hendene til pasienten for å kunne fullføre handlingen og forhindre vesentlig helseskade hos pasienten. Helsepersonellet har over tid dokumentert forverring av pasientens helsetilstand og atferd, men likevel har ikke pasientens samtykkekompetanse blitt vurdert av kvalifisert helsepersonell. Det har derfor ikke blitt fattet vedtak om bruk av tvungen helsehjelp etter Pasientrettighetsloven (1999) kapittel 4A. I følge studien til Kirkevold et al. (2004) er bruk av tvang ovenfor pasienter med langt fremskreden demens sykdom og utagerende atferd hyppig i norske sykehjem. Deltakerne i studien til Hem et al. (2010) understreker også at de føler seg tvunget til å handle i tilsvarende situasjoner, som nevnt ovenfor, på grunn av at konsekvensene ellers kan medføre vesentlig helseskade hos pasienten. Kari Martinsen betegner omsorg som en grunnleggende holdning hos sykepleieren, og som utgjøres av 3 dimensjoner.

Helsepersonellet i situasjonen ovenfor utøver ikke omsorg ut ifra forståelsen av inntrykket som pasienten gir, noe som vil virke negativt på tillitsforholdet i relasjonen dem imellom. De utøver omsorg imot pasientens autonomi og uten å ha forsøkt tillitskapende tiltak (Brinchmann, 2010; Martinsen, 2003). Omsorgsutøvelsen strider dermed imot den praktiske dimensjonen i Kari Martinsens omsorgsteori der den praktiske handlingen skal være basert på erfaringer og fagkunnskap (Martinsen, 2003). I tillegg til at helsepersonellets handling ikke er moralsk korrekt strider den også imot Pasientrettighetsloven (1999) § 4-1. Ettersom helsepersonellet har dokumentert forverring av pasientens helsetilstand og atferd over tid, skulle pasientens manglende samtykkekompetanse ha blitt vurdert, begrunnet og dokumentert av kvalifisert helsepersonell. Det har ikke blitt fattet vedtak om bruk av tvungen helsehjelp hos pasienten etter Pasientrettighetsloven (1999) kapittel 4A, som tilsier at helsepersonellet her utøver paternalisme (Kristoffersen & Nortvedt, 2005).

4.2.3 Administrering av legemidler

Studier viser at det foreligger tydelige avvik og manglende dokumentasjon i forhold til administrering av legemidler i norske sykehjem. Ca. halvparten av avdelingene som deltok i studien oppga at pasienter ble tildelt legemidler som var knust og blandet i mat eller drikke, uten pasientens samtykke eller vedtak om tvungen helsehjelp. Studien viser at forekomsten av tilsvarende tilfeller opptrer oftere i skjermede enheter for pasienter med demens sykdom enn i andre avdelinger (Kirkevold & Engedal, 2010). Videre vil vi belyse helsepersonellens utfordringer i forhold til knusing og blanding av legemidler i mat eller drikke, da vi selv opplever det som et stort avvik i sykehjem. Vi ønsker også å finne frem til hvordan handlingene kan utføres på et faglig, etisk og juridisk korrekt grunnlag.

Det er blant annet 3 årsaker til at helsepersonell ved norske sykehjem knuser og blander legemidler i mat eller drikke til pasientene. Disse årsakene kan være at pasienten nekter å innta legemiddelet, at pasienten har vanskeligheter med å innta legemiddelet eller at pasienten ikke er i stand til å forstå at han/hun skal innta legemiddelet (Kirkevold & Engedal, 2010). I slike tilfeller handler helsepersonellet i strid med Pasientrettighetsloven (1999), dersom de ikke har pasientens samtykke eller det ikke har blitt fattet vedtak om tvungen helsehjelp.

I tilfeller der pasienten nekter å innta legemiddelet må helsepersonellet forsøke tillitskapende tiltak, der iblant å informere pasienten om nødvendigheten av legemiddelbehandlingen etter Pasientrettighetsloven (1999) § 3-5. Det vil si at helsepersonellet må tilpasse informasjonen individuelt etter pasientens forutsetninger, herunder graden av demens sykdom, slik at de overholder sine plikter etter det norske lovverket (Brinchmann, 2010). Informasjonen som helsepersonellet tilpasser og formidler til pasienten kan medføre at han/hun forstår budskapet og inntar legemiddelet eller at han/hun forstår budskapet og fortsatt nekter. Det er her viktig at helsepersonellet dokumenterer relevant og nødvendige opplysninger i forhold til pasientsituasjonen (Helsepersonelloven, 1999). Her kan helsepersonellet kun handle, dersom han/hun avgir sitt samtykke, ettersom han/hun er inneforstått med budskapet i informasjonen (Pasientrettighetsloven, 1999).

I tilfeller der pasienten har vanskeligheter med å innta legemiddelet må helsepersonellet kartlegge årsaken til at hans/hennes problemer. Deretter må ansvarlig sykepleier i samråd med lege vurdere alternativer for administrasjon av pasientens legemiddel (Bielecki & Børdahl, 2008). I følge Pasientrettighetsloven (1999) § 3-5 plikter helsepersonellet her å informere pasienten om eventuelle endringer i administrasjon av legemiddelet, her under knusing og blanding i mat og drikke (Brinchmann, 2010). Dersom pasienten samtykker til endring plikter helsepersonellet å dokumentere disse opplysningene etter Helsepersonelloven (1999) § 39, og dermed samsvarer helsepersonellets handling med Pasientrettighetsloven (1999) kapittel 4.

I tilfeller der pasienten ikke er i stand til å forstå at han/hun skal innta legemiddelet, forstår vi her at sykdomsutviklingen er så langt fremskreden at tillitskapende tiltak ovenfor pasienten vil være formålsløst. Her må pasientens manglende samtykkekompetanse vurderes, begrunnes og dokumenteres av kvalifisert helsepersonell (Pasientrettighetsloven, 1999). I følge Pasientrettighetsloven (1999) § 4A-5 er skjult medisinerings av reseptbelagte legemidler et alvorlig inngrep for pasienten. I slike tilfeller der pasientens legemiddelbehandling også er nødvendig for å forhindre vesentlig helseskade, må det her fattes vedtak for bruk av tvungen helsehjelp etter Pasientrettighetsloven (1999) kapittel 4A. Dermed samsvarer også helsepersonellets handling både med pliktetikken og konsekvensetikken (Brinchmann, 2010; Sneltvedt, 2010).

4.3 Hvordan kan sykepleieren forhindre bruk av tvang i omsorgen for pasienter med demens sykdom?

Tidligere har vi tatt for oss ulike pasientsituasjoner i forhold til bruk av sengehest, bistand til personlig hygiene og administrering av legemidler for å belyse helsepersonellets utfordringer. Studiene til både Hem et al. (2010), Kirkevold & Engedal (2010) og Kirkevold et al. (2004) viser til at bruk av tvang i omsorgen til pasienter med demens sykdom medfører både faglige, etiske og juridiske utfordringer for helsepersonellet. Studiene viser også at det ofte er små marginer og uklare grenser mellom fri vilje og bruk av tvang, og at forekomsten er hyppig i sykehjem. I vår yrkesutøvelse opplever vi jevnlig at helsepersonell utøver tvang i ulike situasjoner i omsorgen for pasienter med demens sykdom.

Vi stiller oss undrende til helsepersonellens bevissthet i forhold til det faglige, etiske og juridiske grunnlaget de handler ut ifra i ulike pasientsituasjoner, og om de utøver tvungen helsehjelp i samsvar med det norske lovverket. Studiene til Hem et al. (2010), Kirkevold & Engedal (2010) og Kirkevold et al. (2004) konkluderer med at det er behov for kompetanseheving hos helsepersonell for å øke bevisstheten om temaet, som dermed vil kunne bidra til å redusere bruk av tvang og styrke kvaliteten på omsorgen som utøves. Studien til Rognstad & Nåden (2011) understreker at økt kompetanse vil kunne medføre bedre ivaretagelse av både helsepersonellet og pasientene.

I følge Holmeide & Eimot (2011) er bemanningen av sykepleiere per vakt i norske sykehjem 27 % lavere enn planlagt, samtidig som den resterende bemanningen består av helsepersonell med lavere eller ingen relevant utdanning. Fremskrevet statistikk viser til økt behov for helsepersonell på grunn av den forventede eldrebølgen, samtidig som det ikke forventes noen betydelig økning av barn og unge i Norge. Dette vil føre til færre fagutdannede innenfor helse- og omsorgstjenesten enn ønsket i forhold til etterspørselen (Justad, 2000). I forhold til den forventede økningen av antall personer med demens sykdom vil det derfor bli nødvendig med økt kompetanse hos helsepersonellet i norske sykehjem. Helsepersonellet vil dermed bli bedre evnet til å imøtekomme de faglige, etiske og juridiske utfordringene som vil oppstå i omsorgsutøvelsen for denne pasientgruppen (Hem et al., 2010). I vår fremtidige yrkesutøvelse som sykepleiere har vi en pedagogisk funksjon, der iblant undervisning og veiledning, som har til hensikt er å stimulere til refleksjon som vil bidra til utvikling og mestring. Sykepleierne er ansvarlige ovenfor sin profesjon, og skal sørge for å være oppdatert på den at ny kunnskapen som skal videreføres og anvendes i praksis (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2011; Tveiten, 2009).

Ettersom symptomene vil uttrykke seg forskjellig hos pasienter med demens sykdom vil behovet for omsorg variere individuelt og etter pasientens dagsform (Brækhus et al., 2009). Tilrettelegging og gjennomføring av omsorg for hvert enkelt individ i denne pasientgruppen vil dermed føre til utfordringer for helsepersonellet. Økt kompetanse vil bidra til at helsepersonellet blir bedre evnet til å imøtekomme pasientenes behov i hver enkelt situasjon, og føre til bedre ivaretagelse av pasientenes autonomi, verdighet og integritet (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2011; Pasientrettighetsloven, 1999).

I studiene til Hem et al. (2010) og Rognstad & Nåden (2011) blir det poengtert at helsepersonellet ønsker regelmessige diskusjoner rundt ulike pasientsituasjoner som de opplever som utfordrende. Dette for å øke kompetanse og bevissthet i forhold til temaet bruk av tvang i omsorgen for pasienter med demens sykdom. Sykepleierne kan avklare tidspunkt for diskusjonene i samråd med sine medarbeidere, slik at flest mulig kan delta og helsepersonellet forøvrig får mulighet til å ytre forslag om utfordrende pasientsituasjoner som de ønsker å diskutere. Samtidig vil sykepleierne få mulighet til å forberede seg, noe som vil kunne bidra til bedre tilrettelegging av undervisning og veiledning som imøtekommer behovet til helsepersonellet.

Sykepleiernes undervisning og veiledning om demens og utviklingen av sykdommen, vil bidra til økt kompetanse og mestringsevne hos helsepersonellet i forhold til ulike utfordrende pasientsituasjoner (Tveiten, 2009). I tillegg til grunnleggende kunnskap om pasientenes diagnose understreker Kari Martinsen at pasientenes livshistorie og sosiokulturelle historie må være utgangspunktet i tilnærmingen ved utøvelse av omsorg. Helsepersonellet vil dermed få en bredere forståelse for inntrykket som pasientene gir, som vil føre til at de blir bedre evnet til å imøtekomme pasientene og skape en relasjon dem imellom som er basert på tillit (Kirkevold, 2001; Martinsen, 2003; Rokstad, 2006). Den kognitive svikten hos pasientene kan medføre vanskeligheter med å uttrykke seg og å forstå budskapet i en samtale (Brækhus et al., 2009). En bredere forståelse for pasientsituasjonene vil dermed føre til at helsepersonellet blir bedre evnet til å tilpasse kommunikasjonen, både verbalt og nonverbalt, i forhold til graden av demens sykdom og pasientenes forutsetninger. Tilpasset kommunikasjon vil bidra til å styrke tillitsforholdet i relasjonen dem imellom og forebygge situasjoner som kan føre til handlinger som strider imot etikken og det norske lovverket (Rokstad, 2006).

Studien til Kirkevold & Engedal (2010) bekrefter i sine resultater at helsepersonell ved mange norske sykehjem utfører handlinger som strider imot Pasientrettighetsloven (1999), noe som trolig skyldes manglende kunnskap. Sykepleiernes utgangspunkt for undervisning og veiledning er ulike utfordrende pasientsituasjoner som helsepersonellet har lagt frem for diskusjon. Her vil sykepleierne med sin kompetanse også bidra til økt kunnskap om etikk og det norske lovverket, som helsepersonellet plikter å overholde i sin yrkesutøvelse (Brinchmann, 2010; Tveiten, 2009).

Åpne spørsmål, f. eks hva-spørsmål, er ofte enklest å besvare og vil bidra til at helsepersonellet utdyper seg om de aktuelle situasjonene. Hva-spørsmål vil stimulere til refleksjon og bidra til å avdekke helsepersonellens handlinger som strider imot etikken og det norske lovverket (Tveiten, 2009). Refleksjonen vil også bidra til at helsepersonellet blir mer bevisst i forhold til grensen mellom fri vilje og bruk av tvang. Samtidig som de vil bli mer bevisst kriteriene som må være oppfylt i forhold til Pasientrettighetsloven (1999) kapittel 4A, i situasjoner der pasientene ikke er samtykkekompetente og motsetter seg nødvendig helsehjelp. Økt kunnskap om etikk og det norske lovverket vil føre til at helsepersonellet blir bedre evnet til å handle i samsvar med Kari Martinsens teori, der omsorg skal utøves på pasientenes premisser og der misbruk av makt ikke tolereres (Kirkevold, 2001; Martinsen, 2003).

De regelmessige diskusjonene, derunder undervisning og veiledning, vil bidra til at refleksjon blir en naturlig del av omsorgsutøvelsen for pasienter med demens sykdom i sykehjem. Etter hvert som refleksjon vil kunne foregå automatisk, både bevisst og ubevisst, vil helsepersonellet bli bedre evnet til å fokusere på handlingene sine i ulike utfordrende pasientsituasjoner i praksis (Tveiten, 2009). Økt kompetanse både faglig, etisk og juridisk hos helsepersonellet vil dermed bidra til at de blir bedre evnet til å finne frem til alternative løsninger som forhindrer unødvendig bruk av tvang. Studien til Rognstad & Nåden (2011) understreker at økt kompetanse vil kunne bidra til å redusere redsel, usikkerhet og maktesløshet hos helsepersonellet, som igjen vil føre til bedre ivaretagelse av pasientenes autonomi, verdighet og integritet. Helsepersonellet blir dermed bedre evnet til å utøve omsorg i samsvar med grunnholdningen Kari Martinsen beskriver i sin teori, der pasientene anerkjennes ut ifra hans/hennes situasjon (Kirkevold, 2001; Martinsen, 2003).

5. KONKLUSJON

I norske sykehjem er arbeidsdagene ofte svært hektiske og utfordrende for helsepersonellet, der studier også viser til størst underdekning av faglærte, spesielt sykepleiere, i forhold til planlagt bemanning. Sykepleiernes ansvarsområde er stort og de har mange parter å forholde seg profesjonelt til, som pasientene, pårørende, medarbeidere, arbeidsstedet og samfunnet. Hektiske arbeidsdager med underdekning av faglærte medfører at arbeidsoppgavene til de sykepleierne som er på vakt må prioriteres (Holmeide & Eimot, 2011; Norsk Sykepleieforbund [NSF], 2011).

Sykepleiernes utøvelse av helhetlig sykepleie skal ivareta pasientenes verdighet og integritet i sårbare situasjoner. Etersom store deler av livet til demente pasienter i sykehjem blir styrt og tatt hånd om av helsepersonellet er de en sårbar pasientgruppe. Helsepersonellet må tilpasse omsorgen for hver enkelt pasientsituasjon, da behovet varierer individuelt og etter dagsform, og kan dermed føre til utfordringer for helsepersonellet. Helsehjelpen som utøves skal være faglig forsvarlig og omsorgsfull, samt bidra til å beskytte pasienten mot krenkelse, f. eks unødvendig bruk av tvang. Siden ufaglærte regnes som helsepersonell er de forpliktet til å innhente bistand, fra f. eks sykepleiere, i utfordrende pasientsituasjoner der de opplever å mangle kvalifikasjoner. Her har sykepleierne et faglig og etisk veiledningsansvar som skal imøtekomme helsepersonellens behov, og bidra til å fremme et godt tverrfaglig samarbeid. Ovenfor det norske samfunnet skal sykepleierne bidra til at sosial- og helsepolitiske beslutninger prioriterer og imøtekommer omsorgsbehovet til personer med demens sykdom. Økt kompetanse hos den reelle bemanningen av helsepersonell i sykehjem vil kunne bidra til faglig forsvarlig og omsorgsfull ivaretagelse av hver enkelt pasient (Brækhus et al., 2009; Helsepersonelloven, 1999; Norsk Sykepleieforbund [NSF], 2011).

Vi har tatt for oss ulike pasientsituasjoner i forhold til bruk av sengehest, bistand til personlig hygiene og administrering av legemidler for å belyse helsepersonellens utfordringer både faglig, etisk og juridisk. Våre resultater her støtter opp under studiene til Hem et al. (2010), Kirkevold & Engedal (2010) og Kirkevold et al. (2004) som viser til at det ofte er små marginer og uklare grenser mellom fri vilje og bruk av tvang.

I forhold til den forventede eldrebølgen, der iblant økt antall personer med demens sykdom, vil det være nødvendig med økt kompetanse og flere fagutdannede for å kunne dekke den fremtidige etterspørselen. Kompetanseheving hos helsepersonellet vil føre til økt bevissthet både faglig, etisk og juridisk, og bidra til å tydeliggjøre grensene mellom fri vilje og bruk av tvang (Folkehelseinstituttet, 2010; Justad, 2000; Rognstad & Nåden, 2011).

Gjennom regelmessige diskusjoner kan sykepleierne følge opp sin pedagogiske funksjon, derunder undervisning og veiledning, og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis. Sykepleiernes utgangspunkt er ulike pasientsituasjoner som helsepersonellet opplever som utfordrende i omsorgsutøvelsen. Sykepleierne skal stimulere til refleksjon som vil bidra til utvikling, mestring og dermed økt kompetanse hos helsepersonellet. De regelmessige diskusjonene vil bidra til at helsepersonellet blir bedre evnet til å reflektere over og fokusere på egne handlinger i ulike utfordrende pasientsituasjoner i praksis. Økt kompetanse både faglig, etisk og juridisk vil føre til at helsepersonellet blir bedre evnet til å imøtekomme pasientene, styrke tillitsforholdet i relasjonen dem imellom, og finne frem til alternative løsninger som forhindrer unødvendig bruk av tvang. Økt kompetanse om demens sykdom, etikk og det norske lovverket vil føre til bedre ivaretagelse av både helsepersonellet og pasientene (Brinchmann, 2010; Pasientrettighetsloven, 1999; Tveiten, 2009).

LITTERATURLISTE

- Bielecki, T. & Børdahl, B. (2008). *Legemiddelhåndtering* (6.utg.). [Oslo]: Gyldendal Akademisk.
- Brinchmann, B. S. (2010). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (2.utg., s. 81-96). [Oslo]: Gyldendal Akademisk.
- Brinchmann, B. S. (2010). Pliktetikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (2.utg., s. 55-66). [Oslo]: Gyldendal Akademisk.
- *Brækhus, A., Dahl, T. E., Engedal, K., & Laake, K. (2009). *Hva er demens?* (4.utg.). [Tønsberg]: Forlaget Aldring og helse.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4.utg.). [Oslo]: Gyldendal Akademisk.
- *Folkehelseinstituttet. (2010). *Demenslidelser*. Lokalisert 24. januar 2012, på http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15.4577:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=6041:70813:15,4577:1:6043:1:::0:0
- *Fylkesmannen i Oppland. (2010). *Praktiske råd for de som skal fatte vedtak om tvungen somatisk helsehjelp etter pasientrettighetsloven kapittel 4A*. Lokalisert 25. januar 2012, på <http://fylkesmannen.no/fagom.aspx?m=56582&amid=2761902>
- Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. § 1, § 2, § 3, § 4, § 16, § 21, § 39 & § 40. (2012). Lokalisert på <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html>
- *Hem, M. H., Gjerberg, E., Pedersen, R., & Førde, R. (2010). Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang. *Sykepleien Forskning*, 5(4):294-301. DOI: 10.4220/sykepleienf.2011.0007.
- *Holmeide, A. M., & Eimot, M. (2011). *Bemanning i kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Oslo: Analyseresenteret AS. Lokalisert 26. januar 2012, på <https://www.sykepleierforbundet.no/vis-artikkel/721110/Bemanning-i-kommunal-helse--og-omsorgstjeneste>

*Justad, B. (2000). Fra arbeidsledighet til knapphet på arbeidskraft. *Samfunnsspeilet*, 14(4), 30-35.

*Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier: Analyse og evaluering* (2. utg.). [Oslo]: Gyldendal Akademisk.

*Kirkevold, Ø., & Engedal, K. (2010). *Administrasjon av legemidler i norske sykehjem*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

*Kirkevold, Ø., Sandvik, L., & Engedal, K. (2004). Use of constraints and their correlates in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(10), 980-988. DOI: 10.1002/gps.1197.

Kristoffersen, N. J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 4* (s. 13-99). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, P. (2005). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (s. 137-183). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kunnskapscenteret. (2008). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Lokalisert på <http://kunnskapscenteret.no/Verktøy/Sjekkliste+for+vurdering+av+forskningsartikler.2031.cms>

*Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin* (2.utg.). [Oslo]: Universitetsforlaget.

Norsk Sykepleieforbund [NSF]. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleieforbund.

Pasientrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 1-1, § 3-2, § 3-5, § 4-1, § 4-3, § 4A-1, § 4A-2, § 4A-3, § 4A-4, § 4A-5 & § 4A-6. (2012). Lokalisert på <http://www.lovdatabasen.no/all/hl-19990702-063.html>

*Rognstad, M. K., & Nåden, D. (2011). utfordringer og kompetanse i demensomsorgen – pleieres perspektiv. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 1(2), 143-155.

*Rokstad, A. M. M. (2006). *"Jeg vil ikke bli behandlet som en unge"*. Etiske refleksjoner knyttet til behandling av personer med demens (2.utg.). [Tønsberg]: Forlaget Aldring og helse.

Sneltvedt, T. (2010). Konsekvensetikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (2.utg., s. 67-78). [Oslo]: Gyldendal Akademisk.

Tveiten, S. (2009). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2.utg.). [Bergen]: Fagbokforlaget AS.

*= Selvvalgt litteratur