



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum  
Avd. for Folkehelsefag

**Christine F. Beck-Larsen og Cecilia Solberg**

**Tvang og sykdom med demens**

**Coercion and disease with dementia**

Bachelor i sykepleie, 6.semester

4AVS304

Antall ord: 10410

Veileder: Randi Skyrud

2012

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

## Innholdsfortegnelse

Forord.....	4
1.0 Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema.....	5
1.2 Problemstilling.....	6
1.3 Avgrensing av problemstillingen .....	6
1.4 Begrepsavklaring .....	6
1.5 Oppgavens hensikt .....	7
1.6 Oppgavens disposisjon .....	7
2.0 Metode .....	8
2.1 Litteraturstudium som metode.....	8
2.2 Fremgangsmåte for litteratursøk .....	8
2.3 Søk og treff i databaser .....	8
2.4 Kildekritikk.....	9
2.5 Presentasjon av artiklene .....	9
3.1 Demenssykdom .....	11
3.2 Tvang i demensomsorgen – er det etisk forsvarlig?.....	13
3.3 Grenselandet mellom frivillighet og tvang.....	16
3.4 Sykepleierens formelle, faglige og moralske ansvar i henhold til legemiddelhåndtering .....	17
3.5 Sykepleier og lovverk.....	19
3.5.1 Kapittel 4A i pasientrettighetsloven.....	20
3.5.2 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere .....	21
3.6 Kari Martinsens omsorgsfilosofi – den relasjonelle, praktiske og moralske siden. ....	21
4.0 Hvordan kan sykepleiere bidra til forebygging av tvang? .....	24
4.1 Sykepleie i demensomsorgen.....	24
4.2 Sykepleie ut fra omsorgens relasjonelle og praktiske side .....	27
4.2.1 Sykepleie ut fra den omsorgsmoralske siden.....	28
4.3 Sykepleierens etiske ansvar av legemiddelhåndtering .....	29
4.4 Bruk av tvang i sykehjem .....	30
5.0 Konklusjon .....	34
Litteraturliste.....	36

Vedlegg 1.....	39
Vedlegg 2.....	40
Vedlegg 3.....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
Vedlegg 4.....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>

## Forord

Vi har igjennom ulike praksiser i sykehjem fått erfare at gjentakende tilfeller av tvang utøves på ulike nivåer. Vi har reflektert over dette i ettertid og har hele tiden ønsket å få mer kunnskap om dette dilemmaet i eldreomsorgen. Da temaet for bacheloroppgaven omhandlet tvang i sykepleien til pasienter med demens var ikke valget vanskelig. Vi fikk nå muligheten til å fordype oss i dette problemområdet og tilegne oss mere faglige kunnskaper som vi kan bringe videre med oss i praksis.

## 1.0 Innledning

De siste ti årene har bruk av tvang ovenfor personer med demens fått økende oppmerksomhet i Norge, og det er gjennomført flere studier i sykehjem. Tvang i forbindelse med helsehjelp er vanlig i norske sykehjem. Bruk av tvang i omsorgsarbeid er vanskelig for sykepleiere som innebærer etiske, faglige og juridiske utfordringer som det er viktig å belyse (Rokstad & Smebye, 2008).

### 1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema

I henhold til retningslinjene til bacheloroppgaven ved Høgskolen i Hedmark skulle vi velge ett av tre temaer som var utgitt. Valget falt på temaet ”bruk av tvang i sykepleien til demente pasienter”.

I praksis har vi erfart flere ganger at bruken av tvang blir utført daglig og det vekket interesse hos oss til å velge temaet som er presentert innledningsvis. Vi tar derfor utgangspunkt i to forskningsartikler, hvor den ene omhandler tvang i sykehjem og som beskriver problematikken om hvor grenselandet går mellom frivillighet og tvang. Den andre artikkelen tar for seg tvang i form av feil legemiddelhåndtering. Det er viktig at sykepleiere reflekterer over og tilegner seg kunnskaper om hvordan forebyggingen kan hindre bruk av tvang, feil i legemiddelhåndtering og hvilke etiske dilemmaer som kan oppstå.

Våre personlige begrunnelser for valg av tema er at det ikke er etisk forsvarlig å utøve tvang ovenfor pasienter som ikke har mistet retten til samtykkekompetanse. Hvert enkelt individ er unikt og skal ivaretas på best mulig måte fysisk, psykisk, sosialt og åndelig/eksistensielle. Det er vesentlig å skape tillitskapende forhold, personsentrert omsorg, og en god faglig tilnærming til pasient, og den problematikken vedkommende sliter med. Sykepleierens holdning kan gjøre den andres liv truende eller trygt. Sykepleierens rolle er å bidra til forebygging av tvang i sykehjem og det forutsettes at sykepleieren har nødvendig kunnskap (Rokstad & Smebye, 2008).

## 1.2 Problemstilling

*Hvordan kan sykepleiere bidra til forebygging av tvang?*

## 1.3 Avgrensning av problemstillingen

Tvang i sykehjem er et problemområde som inneholder flere aspekter. Et aspekt er tvang ved bruk av tvangsmidler som begrenser bevegelsesfriheten til pasientene som for eksempel sengehest, belter og bordbrett. Et annet aspekt er å tvinge pasienten til å få legemidler knust og blandet i syltetøy eller annen mat (Rokstad & Smebye, 2008).

Begrepet ”tvang” er omfattende og vi kunne ha skrevet mye rundt dette begrepet. Vi har valgt å fordype oss i hvordan sykepleiere kan forebygge tvang i henhold til etisk ansvar rettet mot forsvarlig legemiddelhåndtering. Vi har videre valgt å legge vekt på hvordan sykepleiere kan forebygge tvang i sykehjem til pasienter med demens.

De andre aspektene med bruk av tvangsmidler er også interessante og aktuelle i dagens sykehjem, men vi har valgt å avgrense oppgaven til ovennevnte problemstilling med hensyn til oppgavens størrelsesmessig begrensning.

Omsorgsfilosof Kari Martinsen var aktuell for denne oppgaven som belyser at omsorg utgjør fundamentet i all sykepleie. Vi har valgt å fokusere på tre omsorgsdimensjoner, den rasjonelle, den moralske og den praktiske (Martinsen, 2003).

## 1.4 Begrepsavklaring

Demens – Er en tilstand hvor det er svikt i hukommelse, hvor flere forandringer i hjernen fører til nedsatt og gradvis tap av kognitiv funksjon. Dette fører igjen til nedsatt evne til planlegging, abstrakt tenkning og dømmekraft. Tilstanden er relatert varig. (Rokstad & Smebye, 2008).

Eldre – Eldre mennesker defineres som personer over 67 år (Ranhoff 2008).

Tvang – og makt er definert som tiltak som begrenser en persons valg-, handle – eller bevegelsesfrihet eller som påfører fysisk eller psykisk ubehag (Helsekompetanse.no).

## 1.5 Oppgavens hensikt

Dette er en avsluttende hovedoppgave i 6. semester og er et litteraturstudium. Hensikten med oppgaven er å tilegne oss mer kunnskap ved hjelp av litteratursøk, og å gjøre oss mer faglig bevisst på hvordan vi som sykepleiere kan forebygge tvang i sykehjem både faglig, etisk og juridisk.

Vi stiller følgende spørsmål for å få et bredere svar på problemstillingen:

- *Hvilke kunnskaper og krav forventes av sykepleieren?*
- *Hva er etisk forsvarlig for lovlig bruk av tvang til personer med demens i sykehjem?*

## 1.6 Oppgavens disposisjon

Første kapittel er innledningskapitlet. Neste kapittel er en metodedel hvor vi presenterer hvordan vi fant fram til aktuell litteratur og hvilke metoder vi benyttet oss av i søkingen. Tredje kapittel inneholder den teorien vi har funnet, inndelt i underkategorier. Fjerde kapittel er diskusjonskapittel og inneholder drøfting av problemstillingen. Femte kapittel omhandler konklusjon.

## 2.0 Metode

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer, samle informasjon vi trenger og komme frem til ny kunnskap for å besvare vår problemstilling (Dalland, 2007).

### 2.1 Litteraturstudium som metode

Denne avsluttende hovedoppgaven bygges på et litteraturstudium og baseres på forskjellig arbeid andre har gjort før oss. Vi har lagt vekt på å søke i aktuell litteratur, selvvalgt litteratur som omhandler demens, tvang og legemiddelhåndtering. Vi har etter kritiske vurderinger valgt ut relevante artikler, bøker og godkjent litteratur for oppgaven, for å kunne belyse og svare på problemstillingen (Dalland, 2007).

### 2.2 Fremgangsmåte for litteratursøk

Det er utlevert retningslinjer til denne oppgaven og i den står det at skal benyttes obligatorisk litteratur, selvvalgt litteratur og forskningsartikler. Fremgangsmåten for litteratursøket var i hovedsak å lete frem aktuell litteratur i obligatoriske lærebøker og annen relevant litteratur som vi søkte opp i bibliotekets database BIBSYS. Vi ønsket å benytte oss av litteratur av nyere dato, men noe av den utvalgte litteraturen er eldre enn 12 år. Vi anså denne litteraturen som aktuell.

### 2.3 Søk og treff i databaser

Vi søkte etter forskningsartikler i ulike databaser som Cinahl, MacMasterPlus, Kunnskapssenteret, Helsebiblioteket, Sykepleien Forskning og SweMed+. Vi benyttet oss søkeordene dementia, force, tvang, demens, forebygging, legemidler, sykehjem, legemiddelhåndtering, medications, older. I søket etter artikler benyttet vi oss av boken ”Å arbeide og undervise kunnskapsbasert” (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinar).



## 2.4 Kildekritikk

Kildekritikk vil si at man vurderer og karakteriserer den utvalgte litteraturen til oppgaven. Kildekritikken skal bidra til å finne ut litteraturens relevans og gyldighet i forhold til oppgavens problemstilling (Dalland, 2007).

Å innhente aktuell litteratur er basert på obligatorisk pensumlitteratur, 250 sider selvvalgt litteratur og fag – og forskningsartikler. Ut i fra pensumlitteratur har vi valgt relevant teori for å belyse og svare på problemstillingen. Vi ble enig om å ha med tre forskningsartikler av nyere dato som er relevante for oppgaven vi skriver.

Vi har stilt oss kritisk til den utvalgte litteraturen ved å undersøke om kilden er relevant og om det er pålitelig informasjon. Den obligatoriske litteraturen anser vi som pålitelig etter et gjennomslag i bøkene. Når vi søkte etter selvvalgt litteratur tok vi en gjennomgang av bøkene og stilte oss kritiske til innholdet. Flere av bøkene kunne vi benytte for å svare på problemstillingen. Å finne forskningsartikler er en prosess og vi søkte i forskjellige databaser. Vi stilte oss kritiske til artiklene ved å undersøke om det var forskning. Vi fant to aktuelle forskningsartikler av nyere dato, henholdsvis 2009 og 2010.

## 2.5 Presentasjon av artiklene

Forskningsartikkel 1 omhandler tvang i sykehjem og er basert på tidligere undersøkelser av kvalitative studier og tematiserte undersøkelser.

I løpet av perioden 1995-2009 ble det utført en rekke tverrsnittstudier hvor hensikten var å avdekke ulike former for tvang i sykehjem. Undersøkelsene fokuserer på forhold som assosieres med bruk av fysiske hindringer, årsaker til at personalet tar i bruk tvang/tvangstiltak eller tiltak for å begrense/ redusere adferdsproblemer.

Artikkelen er skrevet i 2009 og studien ble gjennomført av Marit Helene Hem, Elisabeth Gjerberg, Reidar Pedersen og Reidun Førde (2010). Artikkelen omhandler tvang og resultatet av søket var funn av disse tverrsnittstudiene som er beskrevet innledningsvis. Hensikten med denne studien er å beskrive hvilke typiske situasjoner som kan oppstå når helsepersonell skal utøve pleie og omsorg til pasienter med demens som motsetter seg hjelp. Studien sier noe om at det utføres tvang eller press i forbindelse med pleie i norske sykehjem. Resultatene av

studien viser at stell og pleie til pasientene byr på utfordringer i og med at grenselandet mellom tvang og frivillighet er uklart, og risikoen er derfor stor for at det blir utøvet tvang. Artikkelen viser at de tidligere studiene har undersøkt prevalens i ulike former for tvang i sykehjem. Denne undersøkelsen er basert på intervju av helsepersonell.

Forskningsartikkel 2 omhandler knusing av legemidler i sykehjem og er skrevet i 2009 av Wannebo (2009). Artikkelen er basert på en undersøkelse som er foretatt av sykepleierstudenter fra Høgskolen i Nord-Trøndelag. Studentenes hensikt med studien var å kartlegge i hvilket omfang tablettknusing forekom på sykehjem. Artikkelen viser at omfanget av feil bruk av legemiddelhåndtering i form av knusing er utbredt i sykehjem. Det er ikke funnet norske studier da det angår tablettknusing, men det er påvist omfattende praksis med at sykepleiere skjuler medisiner i maten til pasientene.

Forskningsartikkel 3 omhandler bruk av tvang i sykehjem og er skrevet i 2005. Artikkelen sier noe om forekomsten av bruk av tvang i sykehjem. Studien baserer seg på 1501 pasienter fra 222 avdelinger fra to utvalgte fylker og det ble stilt tjue konkrete spørsmål om tvang gruppevis. Pasienter som hadde primærpleieren på vakt den dagen dataen ble samlet inn, ble inkludert. I tillegg ble alle pasientene i fire undervisningssykehjem samt alle pasientene fra to avdelinger i et femte undervisningshjem inkludert i studien. Dette utgjorde til sammen 425 pasienter i 19 avdelinger. Resultatene viste at pasientene var utsatt for minst ett tvangstiltak i løpet av en uke. Karakteristisk sykdom med demens var sterkt assosiert med fleste typer tvang som ble utført.

### 3.0 Redegjørelse av sentrale elementer

Begrunnelse ut fra pasientperspektivet: Pasient med demenssykdom innlagt i sykehjem er ofte sårbare og de har mange ulike behov. Det er svært vesentlig at det blir lagt opp til stimulering og aktiviteter som bygger på pasientens tidligere erfaringer og interesser. Pasienten må ha mulighet til samhandling og sosialt samvær med andre mennesker. Å leve og fungere best mulig normalt, å bli møtt med respekt og empati fra andre mennesker. Det å bli behandlet med verdighet og sikre personlig integritet er noe alle mennesker ønsker (Rokstad & Smebye, 2008).

Begrunnelse ut fra sykepleierperspektivet: For å belyse oppgavens problemstilling fra et sykepleierperspektiv velger vi å bruke Kari Martinsen (født 1943) omsorgsfilosofi. Kari Martinsen er en norsk sykepleier med magistergrad. Hennes ideer har hatt stor innflytelse på den teoretiske utviklingen av sykepleiefaget i Norge og i Skandinavia for øvrig. Martinsens ideer skiller seg fra det vi tradisjonelt har oppfattet som sykepleieteorier. Hennes arbeid er å betrakte som filosofisk teori. Hennes forfatterskap er preget av omsorg som sykepleiens fundament. Martinsen skiller i sin omsorgstenkning mellom omsorgens relasjonelle, praktiske og moralske dimensjon. Hun er skeptisk til teknologisering og profesjonalisering i sykepleien (Martinsen, 2003).

### 3.1 Demenssykdom

Demenssykdom er en alvorlig sykdom og det er gjort en rekke befolkningsstudier om forekomsten av sykdommen. Kunnskapene om sykdommen er hentet fra disse studiene og studiene sier noe om forekomsten. Begrepet *prevalens* sier noe om det totale antall personer med demens, mens begrepet *insidensen* sier noe om de nye tilfellene av sykdommen blant befolkningen per år. Det regnes at det er 66 000 tilfeller av demenssykdom i Norge og i følge Tidsskrift for Den norske legeforening er det om lag 30 000 pasienter med demens som bor i norske sykehjem. Demens er den hyppigste årsaken til innleggelse i sykehjem og forekommer mest hos eldre mellom 65 og 70 år (P.F Hjort & H.T Waaler, 2010).

Demens defineres som en hjerneorganisk sykdom som fører til sykelige tilstander som kognitiv svikt, sviktende funksjonsevne som påvirker daglige gjøremål og svikt av manglende emosjonell kontroll.

Demens er en tung skjebne både for den det angår og pårørende. Personer med begynnende demens vil gradvis miste evnen til å ivareta sine grunnleggende behov der i blant personlig hygiene og ernæringsbehovet. Personer som har utviklet alvorlig demens vil oppleve at orientering om tid og sted har blitt blir dårligere, og de vil gradvis få nedsatt evne til å ta vare på selv i hverdagen. Pårørende vil oppleve det som vanskelig å se sine nærmeste endre adferd og at en stadig bli mer hjelpeløse. (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Lund & Solheim, 2001).

Hos noen personer vil sykdommen utvikle seg raskt, mens hos andre kan det ta alt fra 10-20 før sykdommen debuterer og til pasienten blir berørt av det. Demenssykdom opptrer i tre hovedfaser; mild, moderat og alvorlig. Personer med mild demens merker en endring som kan påvirke dagliglivet, men greier seg allikevel godt når de faste rutinene i hverdagen følges. Demenssykdom kan ikke kureres så sykdommen vil gradvis utvikle seg til moderat grad av demens. Nå vil enkle gjøremål bli vanskeligere og behovet for hjelp til hverdagslig gjøremål og aktiviteter er nødvendig. (Rokstad, 2008).

Det er ulike symptomer ved demens og det kan deles i kognitiv, adferdsmessige og motoriske symptomer. Naturlig nok må det tas høyde for at symptomene er individuelle. Hva slags sykdom som gir demens og hvilken fase sykdomsutviklingen befinner seg i, vil opptre i ulik grad hos det enkelte individ. De kognitive funksjonene er blant annet redusert oppmerksomhet i forhold til problemløsning og hukommelse. Hukommelsesproblemer er blant de første tydelige symptomene på demens. En redusert oppmerksomhet fører til at personen har problemer med å skille viktig og mindre viktig informasjon og vi deler oppmerksomhet inn i *fokusert* – og *delt* oppmerksomhet. Evnen til å fokusere på noe over tid kaller vi fokusert oppmerksomhet og det innebærer at vi ikke lar oss distrahere av lyder eller samtaler i omgivelsene rundt oss. Oversikten over flere faktorer samtidig kaller vi delt oppmerksomhet, som for eksempel å utføre forskjellige sammensatte oppgaver. Personer med demens har ikke lenger denne evnen til oppmerksomhet og blir dermed lett urolig i ulike situasjoner hvor det foregår aktiviteter, samtaler eller støy (Rokstad, 2008). Adferdsmessige symptomer ser vi hos personer med demens ved at de blir deprimerte og opplever angst, vrangforestillinger, hallusinasjoner og feiltolkninger. Mange adferdsendringer i form av apati og interesseløshet, økende tendens til irritabilitet og aggressivitet, noe som kan være utfordrende for omgivelsene (Rokstad, 2008)

## 3.2 Tvang i demensomsorgen – er det etisk forsvarlig?

Rokstad og Smebye (2008) definerer tvang som fravær av samtykke. Tvang er det motsatte av selvbestemmelse, en form for maktbruk. Når vi bestemmer over andre og tar fra dem selvbestemmelsesretten mot deres vilje bruker vi makt. I den rette forstand tvinger maktutøveren pasienten inn i et gitt handlingsforløp som blant annet at sykepleiere knuser medikamenter og blander det ut i mat eller drikke, bruker tvangsmidler, uhensiktsmessige rutiner med mer. (Kramås, Lingås & Skjerve, 1999).

Johnsen & Smebye mener at etter deres vurdering vil et høyt faglig nivå da det gjelder omsorgen for pasienter med demens redusere tvang i sykehjem betydelig. Tvang anvendes ofte i sykehjem og kan ikke forsvares faglig. Gjennom dokumenterte kartlegginger foretatt av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse er det bevist at tvang anvendes hyppigst i sykehjem. Kirkevold (2005) viser til den oppsummerte data fra disse studiene hvor primærpleiere til 1926 sykehjemspasienter ble intervjuet.

Det er ulike aspekter som definerer tvang, blant annet bruk av redskap som hindrer pasientens bevegelsesfrihet. Å hindre pasientens tilgang til sin egen kropp, fysisk holdning ved undersøkelse eller behandling anses som tvang. Videre defineres begrepet at overvåking av pasienten med elektroniske hjelpemidler og tilsetning av medisiner i mat uten pasientens vitenhet og egen vilje, er utførelse av tvang.

Rapporter og undersøkelser viser en ikke ubetydelig ulovhjemlet bruk av tvang ovenfor pasienter i sykehjem, og mange vanskelig situasjoner og dilemmaer oppstår, både for de ansatte og pasientene (Rokstad & Smebye, 2008).

I følge pasientrettighetsloven § 4A har pasienter rett til medbestemmelse til tross for redusert samtykkekompetanse.

Pasienter med demens som bor i sykehjem er sårbare, utvikler angst og vrangforestillinger, blir ofte forvirret og mistenksomme. De får derfor ofte følelsen av å mangle kontroll over egen situasjon. Vi kan se at sykepleiere ofte trekker en slutning om at pasienter med en demenssykdom har mistet kapasiteten til medbestemmelse over sitt eget liv og/eller brukervedvirkning, men pasientens autonomi er bevart så samt ingenting annet er dokumentert. Begrepet autonomi er gresk og er sammensatt av auto (selv) og nomos (lov, styring, regulering) og kan forstås som selvstyre eller selvbestemmelse (Rokstad, 2008).

Autonomien utfordres ved at pasienter med demens har mistet evnen til å ta egne beslutninger og det hevdes at autonome beslutninger forutsettes av at pasienten har evnen til å kommunisere, forstå avgjørende informasjon, resonnerer til fordeler og ulemper ved at en selv velger hva som er mest riktig fremfor noe annet og til sist kunne vurdere selv implikasjonene eller konsekvensene av alternative valg (Rokstad & Smebye (red.) (2008).

Det stilles spørsmål om det er etisk forsvarlig å utføre generell tvang på eldre demente som fortsatt har samtykkekompetanse (Pasientrettighetsloven § 4A). Helsearbeidere må integrere etikken i fagutøvelsen gjennom valg av handlinger som fattes og hvordan handlingene utføres. Handlingene kan være riktig ut fra etiske overveielser, men utøvet feil og da vil handlingen allikevel ikke være etisk forsvarlig.

Etikk kommer fra det greske ordet *ethos* og betyr rent oversatt skikk eller vane. Etikken er en systematisk refleksjon over moralsk oppførsel og man kan gjerne si at etikk kan defineres som moralens teori (Kristoffersen & Nortvedt, 2008).

At sykepleien alltid har vært forbundet med etikk kommer frem så langt tilbake som 1877 hvor Nissen i sin bok *Lærebog i sygepleie for diakonisser* legger vekt på at sykepleieren alltid skal prioritere pasienten i hennes omsorg (Kristoffersen & Nortvedt, 2008).

Det finnes flere forskjellige grener innenfor etikken blant annet pliktetikken og konsekvensetikken som vi videre kommer til å gå innpå her.

Pliktetikken retter oppmerksomheten mot plikter vi bør forholde oss til, deriblant autonomiprinsippet og rettferdighetsprinsippet. Autonomiprinsippet gir pasienten rett til å velge selv. Pasientens selvbestemmelse skal respekteres og er en juridisk, og ikke minst en etisk rettighet. Selvbestemmelse gir pasienten rett til for eksempel å nekte behandling eller andre former for hjelp. I slike tilfeller er helsepersonellet nødt til å vurdere om informasjonen som er gitt til pasienten er god nok. Videre er sykepleiere pliktet til å sørge for at den informasjonen som blir gitt faktisk er forstått av pasienten. Denne informasjonsplikten er lovbestemt under Helsepersonelloven (Brinchmann, 2010).

Retten til å kunne ta en autonom avgjørelse og bli respektert for denne er både en etisk og en juridisk rettighet. Pasienters rett til medvirkning og informasjon er fastsatt i Pasientrettighetsloven. I Norge er retten til selvbestemmelse hovedsaklig knyttet til retten til å nekte behandling skriver Brinchmann (2010). I de situasjoner hvor pasienter vegrer seg for behandling, bør det vurderes om pasienten har fått god nok informasjon, og om pasienten er skikket til å ta egne selvbestemte valg. Om pasienten ikke er under press fra andre om å ta en

avgjørelse som vedkommende ellers ikke ville tatt (Brinchmann, 2010). I tilfeller hvor pasienten er ute av stand til å ta egne beslutninger og at det viser seg at pasienten ikke kan ta egne valg, vil sykepleiere ha diskusjoner for å vurdere pasientens autonomi (Brinchmann, 2010). En nærliggende oppgave for sykepleieren, er å bidra til at pasienten opplever seg sterk, gjennom mål og mening, klargjøre pasientens selvbylde, og få et nærmere forhold til egne følelser og behov, vil det være mulig for pasienten å oppnå autentisitet – hvor pasienten tør å vise seg som person (Hummelvoll, 2010).

Når sykepleiere drøfter pasientens evne til å ta avgjørelser selv, benyttes begrepet paternalisme. I utgangspunktet skal paternalisme unngås, men i noen tilfeller vet sykepleiere bedre hva pasienten bør gjøre i den enkelte situasjonen han eller hun befinner seg i (Brinchmann, 2010).

Et annet viktig prinsipp er rettferdighetsprinsipp som gir pasientene rett til likebehandling. Blir pasientene behandlet ulikt skal det være relevante forskjeller (Brinchmann, 2010). Dette er et viktig prinsipp når det gjelder ulike former for diskusjoner som angår prioritering og individuelle behov blant pasientene (Hummelvoll, 2004).

Det som gjenkjenner konsekvensetikken er at man tar hensyn til de gode konsekvensene av en handling. Man skal velge det handlingsalternativet som vil gi best mulig konsekvens for den det måtte angå. Det er bare hvis en handling fører til gode konsekvenser at den er rett, en handling kan ikke være rett i seg selv. Det er målet i seg selv som vektlegges, metoden for å nå målet tillegges mindre vekt. Den negative siden med konsekvensetikken er at handlingen for å nå målet kan være urettferdig og stride mot pliktetikken. Fordelene av konsekvensetikken er at det kan være lettere å løse etiske dilemmaer gjennom å bedømme ulike handlingers konsekvenser (Hummelvoll, 2004).

Under konsekvensetikken finner vi to etiske prinsipper: *Velgjørenhetsprinsippet* og *ikke-skade prinsippet*. Disse to går henholdsvis plikten til å gjøre godt mot andre og plikten til og ikke skade andre. Å skille mellom velgjørenhetsprinsippet og ikke skade prinsippet kan være vanskelig da disse prinsippene er veldig like (Brinchmann, 2010).

Velgjørenhetsprinsippet og ikke-skade prinsippet kan spores helt tilbake til Hippokrates tid da han utformet lege eden til bruk av leger. I dag brukes denne eden også av sykepleiere. Den går ut på at sykepleieren skal bruke sin kunnskap til å fremme helse, lindre lidelse og forebygge sykdom. Sykepleierens kunnskap og maktposisjon skal ikke brukes til egen vinning eller

personlige fordeler. Sykepleieren skal ved hjelp av sin kunnskap fremme det gode og unngå det som kan skade (Brinchmann, 2010).

Et etisk dilemma oppstår når to eller flere etiske regler eller prinsipper kommer i konflikt med hverandre. Situasjoner som er preget av usikkerhet og tvetydighet vil ofte føre med seg etiske dilemmaer. Etiske dilemmaer vil også fremkomme av situasjoner som det er vanskelig å si konsekvensene av. Også i situasjoner hvor man har to eller flere prinsipper som man tolker pliktetisk kan det oppstå etisk dilemma. Pliktetisk vil si at det tolkes med absolutte krav og ute unntak (Hummelvoll, 2004).

Hvis sykepleiere yter helsehjelp til pasienter med demens på deres premisser vil bruken av tvang forebygges, og det bygger på prinsippene medbestemmelse og individualisering. Det er lovpålagt at pasienter, til tross for demenssykdom, har rett på å bestemme over seg selv og sin situasjon (Rokstad, 2008).

### **3.3 Grenselandet mellom frivillighet og tvang**

Denne forskningsartikkelen omhandler tvang i helsetjenesten og fokuserer på grenselandet mellom frivillighet og tvang i sykehjem. Vi har valgt denne artikkelen da den er veldig relevant for vår oppgave. Forfatterne som foretar denne studien har ulike profesjoner som psykiatrisk sykepleier, sosiolog, dr. polit, lege, filosof og professor dr. med. Forskningen av denne studien er med på å bidra til økt kunnskap, bevisstgjøring og kompetanse i utøvelsen av pleie og omsorg i sykehjem. Artikkelen er hentet fra Sykepleien Forskning, noe som forsterker kvaliteten av studien.

I det sentrale østlandsområde ble en gruppe med 60 deltakere som består av pleiepersonale på fem sykehjem intervjuet. Gruppene varierte fra tre til syv deltakere, og gruppene var i hovedsak tverrfaglig sammensatt. Hensikten var å få en beskrivelse av hvordan pleiepersonalet erfarer og håndterer ulike situasjoner når pleie og omsorg skal gis til pasienter med demens som på forskjellige måter motsetter seg hjelp. Måten intervjuene foregikk på var basert på tematisk ordnet intervjuguide hvor fokuset var på pleiepersonalets forståelse av frivillighet og tvang. Det ble videre fokusert på hvordan situasjoner kunne løse seg uten bruk av tvang og/eller press og hvilke situasjoner som ble involverte i bruken av tvang.

Pleiepersonalet ga uttrykk for at tvang var et følsomt tema å snakke om, og noen var i tvil om de kunne bidra med noe i undersøkelsen. Flere deltakere beskrev detaljerte hendelser som



dreide seg om tvang og om deres forståelse av grenselandet mellom frivillighet og tvang. Deltakerne synliggjorde at de sto i en hektisk og krevende hverdag, og en deltaker beskrev grenselandet i en pleiesituasjon på følgende måte: ”Hvor ofte skal man gå inn og skifte, hvor lenge skal man vente, kan pasienten få slippe å dusje denne dagen og hvor mange ganger skal pasienten få lov til å slippe dusje”. En annen deltaker uttrykte at grenselandet mellom mildt press og overtalelse kan føre dem i en tvangssituasjon under stell, mens en annen deltaker mente at noen ganger måtte det brukes litt tvang for å få pasienten stelt.

Deltakerne mener i denne studien at det noen ganger er nødvendig med ”litt” tvang i stellesituasjoner og forskjellige lirke – og luremetoder får at de skal få gjennomført stell og omsorg for pasientene uten at det medfører noen form for motstand.

Studien er basert kun på intervju som metodisk tilnærming, og ikke deltakende observasjon. I den forbindelse vil det være en svakhet å finne ut hvor grenselandet mellom frivillighet og tvang er. I dette praksisfeltet er det en stor utfordring å reflektere over frivillighet og tvang, men i denne undersøkelsen ble det samlet rikt med materiale fordi deltakerne hadde ulike erfaringer, meninger og tanker rundt tvang eller frivillighet.

Resultatet av studien viser at det kan være vanskelig å vite hva som er tvang i omsorgen for pasienter med demens i sykehjem. Pleiere på institusjoner kan bygge relasjoner til pasienter med demens, og dermed kan grenselandet mellom frivillighet og tvang beveges i en retning hvor pasientene kan være delaktige, ha kontroll og frivillig i pleiesituasjoner. (Hem, Gjerberg, Pedersen & Førde, 2010).

### **3.4 Sykepleierens formelle, faglige og moralske ansvar i henhold til legemiddelhåndtering**

Det er vanligvis helt uproblematisk å dele ut legemidler til pasienten, men det hender at pasienten ikke vil ta legemidlene som legen har rekvirert. I henhold til lovverket har enhver pasient rett til å nekte å ta legemidler. Det er spesialbestemmelser som åpner for tvang i enkelte situasjoner og hvis pasienten skal tvangsmediseres skal dette føres i pasientens journal.

Sykepleiere har et formelt ansvar og er strafferettslig ansvarlige for det arbeidet de utfører. Virksomhetsleder har ansvaret for legemiddelbehandling for at arbeidet skal utføres korrekt

og følger legens rekvirering. Virksomhetsleder kan delegere legemiddelhåndtering til sykepleieren, sykepleieren er da ansvarlig for oppgavene og kan ikke delegere oppgavene videre. Sykepleier plikter å rapportere skader som oppstår på grunn av legemiddelhåndtering.

Sykepleieren har også et faglig ansvar for at legemiddelhåndteringen skjer på et faglig forsvarlig nivå. Dette ansvaret er hjemlet i helsepersonelloven § 4. Sykepleierens ansvar innebærer å ha nødvendige kunnskaper om legemidler, og ha kunnskaper om retningslinjene i legemiddelhåndteringen. Sykepleieren sitt faglige ansvar er også å observere virkningen av legemidlet og eventuelle bivirkninger. Virkning og bivirkning skal rapporteres til lege. Det er også sykepleierens ansvar å sikre seg at pasienten og eventuelt pårørende har fått tilstrekkelig informasjon og forstår hensikten med behandlingen. De yrkesetiske retningslinjer fastslår at sykepleieren skal beskytte pasienten mot ulovlig eller uforsvarlig praksis i behandling så vel som i forskning (Norsk Sykepleier forbund, 2007) og sykepleieren har et moralsk ansvar for å vurdere sin faglige kompetanse i legemiddelhåndtering (Bielecki & Børdahl, 2008).

Når pasienten motsetter seg inntak av legemidler, er det viktig at sykepleieren oppøver selvstendighet, kritisk refleksjon både når det gjelder å gi pasienten legemidlet uten at pasienten vet det, og når det gjelder bruk av tvang. Sykepleierens har ansvar for å beskytte pasienten mot uberettiget tvang.

Ved motsetning av inntak av ikke livsviktig legemiddel, skal dette legemiddelet ikke lures i pasienten ved at det blandes i mat og drikke. Det er faglige grunner til dette, ikke bare juridiske og etiske. Noen tabletter skal aldri knuses før de gis. Dersom sånne tabletter knuses for å blandes for eksempel i syltetøy eller saft, risikerer en at legemidlet mister noe av sin virkning, eller at pasienten får for stor dose på en gang. Dette kan også gjelde kapsler. Ved knusing risikerer en at oppløsningen og absorpsjonen av legemidlet skjer på et utilsiktet sted i fordøyelseskanalen. Dette kan i verste fall føre til lokale skader på slimhinner i munnhule, svelg og spiserør, sitat Kirkevold:

”En undersøkelse foretatt av Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens (Kirkevold, 1999) viser at det ved 46 % av sykehjemsavdelingene i undersøkelsen tilsettes medisin i mat eller drikke daglig eller av og til. Undersøkelsen sier ikke noe om hvorvidt dette skal klassifiseres som tvangsmedisinering. Et slikt vedtak kalles enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Et enkeltvedtak kan pasienten klage på”.

Sykepleieren må forsikre seg om at pasienten får informasjon om den helsehjelpen pasienten mottar. Det gjelder hvilke legemidler pasienten får og hvorfor pasienten får dem, og hvilke virkninger og bivirkninger de kan ha (Kirkevold, 1999).

Å gi legemidler til pasienter uten pasientens samtykke eller mot pasientens vilje, er det strenge regler for. Det er ikke lov å gi pasienten legemidler som ikke er livsviktige, dersom pasienten motsetter seg å ta legemidlet. Tvangsmedisinering er bare tillatt dersom pasienten er underlagt lov om psykisk helsevern, eller når det er fare for enten pasientens eller andres liv og helse (Bielecki & Børdahl, 2008).

Det ble foretatt en studie i 2009 som omhandler tablettknusing i sykehjem, forfattet av Wenche Wannebo. Studiens hensikt skulle kartlegge hvilket omfang tablettknusing hadde på forskjellige sykehjem i Norge og resultatet var skremmende. Det viste seg at alle sykehjemmene som var med i undersøkelsen knuste tabletter og blandet det ut i syltetøy og annen mat. Omfanget av tablettknusingen er stor, og hele 42 % av sykehjemmene knuste over 20 tabletter daglig (Wannebo, 2009).

### 3.5 Sykepleier og lovverk

Informert samtykke er hovedregelen for at all helsehjelp er frivillig, og det er kun der loven gir unntak, at tvang kan benyttes. I følge pasientrettighetsloven fra 2001 § 4-1 kan helsehjelp kun gis ved pasientens samtykke. Pasientens samtykke kan oppheves om det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å yte helsehjelp uten samtykke. Det er viktig at pasienten får tilstrekkelig informasjon for at vedkommende skal kunne gi et informert samtykke og at det forutsettes at man har samtykkekompetanse (Brinchmann, 2008).

I pasientrettighetsloven § 4-3 omtaler hvem som har samtykkekompetanse.

Samtykkekompetanse er en pasients kompetanse til og selv ta avgjørelser når det er spørsmål om å ta imot helsehjelp (Helsedirektoratet, 2008).

Et av problemene innen demensomsorgen er at pasientene på grunn av sin sykdom har redusert evne til selvbestemmelsesrett/autonomi. Pasientrettighetsloven opererer med et klart skille mellom pasienter som har samtykkekompetanse, og pasienter som ikke har det. Samtykkekompetansen bortfaller når pasienten ikke er i stand til å forstå hva samtykket innebærer. I pasientrettighetsloven står selvbestemmelse og pasientautonomi meget sterkt,

dette for å sikre at helsepersonell bygger opp under pasientens muligheter til å samtykke på egne vegne (Rokstad & Smebye, 2008).

### **3.5.1 Kapittel 4A i pasientrettighetsloven**

1 januar 2009 tredde denne lovteksten i kraft, regler om bruk av tvang overfor personer med demens og andre pasienter som mangler samtykkekompetanse. Bestemmelsene i dette kapitlet gir helsepersonell myndighet til å bidra til pasienter som motsetter seg hjelp. Denne myndigheten utgjør utfordrende faglige og etiske dilemmaer, og stiller høye krav til helsepersonellens vurderinger (Helsedirektoratet, 2008).

Formålet med reglene i denne nye lovteksten er at helsepersonell skal yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt å forebygge og begrense bruk av tvang (Pasientrettighetsloven (2009) i § 4A-1, første og andre ledd). I følge pasientrettighetsloven skal helsehjelpen tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet. Det skal være overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett.

§ 4A-3 første, andre og tredje ledd i pasientrettighetsloven finner vi hvilke krav som må være oppfylt dersom helsehjelp skal ytes ved bruk av tvang. Kravene i loven innebærer at det skal være forsøkt tillitskapende tiltak før det kan ytes helsehjelp, med mindre det er åpenbart formålløst å prøve dette. Om pasienten opprettholder sin motstand kan det fattes vedtak om at helsehjelpen anses som nødvendig. En helhetsvurdering skal framtre som den klart beste løsningen for pasienten. Det skal tas med i vurderingen om slik helsehjelp skal gis og det skal legges vekt på graden av den motstand pasienten gir, og om det kan forventes at pasienten vil kunne gjenvinne sin samtykkekompetanse (Pasientrettighetsloven § 4A-3).

Helsehjelp kan gjennomføres med tvang eller andre tiltak dersom vilkårene i § 4A-3 er oppfylt. Pasienten kan innlegges og holdes tilbake dersom det er nødvendig at helsehjelpen må gjennomføres. Er vilkårene oppfylt kan videre varslingsystemer med tekniske innretninger og andre tiltak som hindrer bevegelse som blant annet belter anvendes. Å vurdere helsehjelpen fortløpende er nødvendig og skal avbrytes straks når vilkårene ikke lenger er tilstede, og om helsehjelpen viser å ikke ha ønsket virkning eller andre uforutsatte negative virkninger (Pasientrettighetsloven §4A-4)

### 3.5.2 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

Norges Sykepleierforbund har utformet de yrkesetiske retningslinjer med grunnlag i International Council og Nurses. ”Reglene angir sykepleiernes fundamentale ansvar ovenfor menneskeheten samt *det menneskesynet* og etiske grunnlag som tjenesten bygger på” (Kristoffersen & Nortvedt, 2005, s. 145).

Ifølge Norsk Sykepleierforbund (2007), skal de yrkesetiske retningslinjene være sykepleiernes viktigste verktøy i møte med etisk dilemma. De skal også kunne anvendes med høy legitimitet i klinisk praksis, i utdanning og ovenfor myndighetene. En av grunnene til at sykepleiere har sin egen yrkeskodeks, er at sykepleiere i sin daglige jobb møter mennesker som er spesielt utsatt enten på grunn av psykiske eller fysiske begrensninger, mennesker som er ute av stand til å ta vare på sine egne interesser. Sykepleiere har derfor et stort ansvar og stor makt til å ta vare på andre menneskers liv og livsmuligheter (Sneltvedt, 2010).

De yrkesetiske retningslinjer er en form for prinsippbasert etikk, men de har allikevel en del likhetstrekk oppimot lovverket, for eksempel Pasientrettighetsloven og Helsepersonelloven (Brinchmann, 2010).

International Council of Nurses deler sykepleierens ansvar opp i fire punkter: fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse (Brinchmann, 2010).

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere sier at respekt for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet er grunnlaget for all sykepleie. Sykepleie bygges på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og skal være kunnskapsbasert (Norsk Sykepleierforbund, 2007).

### 3.6 Kari Martinsens omsorgsfilosofi – den relasjonelle, praktiske og moralske siden.

Kari Martinsen er en sykepleier som har magistergrad i filosofi. Hun sier selv at hun ikke beskriver noen sykepleierteori, men arbeider primært med etikk og omsorg, derfor omtales hennes arbeid som omsorgsfilosofi (Kirkevold, 2001).

Kristoffersen, 2005 har tolket og konkretisert Martinsens filosofi. Hun bruker ordet vedlikeholdsomsorg, som vil si at målet er ikke helbredelse fra sykdommen, men å opprettholde en funksjonsstatus og drive med forebyggende tiltak og dermed unngå forverring

av tilstanden. Ved å tilrettelegge tiltak ut i fra pasientens forutsetning og egne ønsker kan det være med på å skape mening og økt livsmot hos pasienten (Kristoffersen, 2005).

Martinsen vektlegger menneskeoppfatning som bygger på relasjoner mellom mennesker, der det menneskelige fellesskapet har en sentral plass (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005).

Martinsens tanke er at omsorg utgjør fundamentet for all sykepleie (2001). I følge Martinsen har omsorg noen fundamentale kvaliteter:

”Omsorg er en sosial relasjon, det vil si at det har med fellesskap og solidaritet med andre å gjøre. Omsorg har med forståelse for andre å gjøre, en forståelse jeg tilegner meg gjennom å gjøre ting for og sammen med andre. Vi utvikler felles erfaringer, og det er de situasjoner vi har erfaring fra, vi kan forstå. På den måten vil jeg forstå den andre gjennom måten han forholder seg til sin situasjon. Skal omsorgen være ekte, må jeg forholde meg til den andre ut fra en holdning som anerkjenner den andre ut fra hans situasjon. I dette ligger en gjensidighet, utviklet gjennom samhandling i en praktisk arbeidssituasjon (Martinsen, 2003, s. 71)”

I sin filosofi beskriver Martinsen omsorgsbegrepet tre viktige dimensjoner. Hun beskriver at omsorg er et relasjonelt, et praktisk og et moralsk begrep (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2006). Disse tre sidene er med på å gi ett helhetlig inntrykk av omsorg for den lidende og pleietrengende pasienten.

Martinsen er opptatt av at omsorgens relasjonelle side presiserer at omsorg ytes på grunnlag av personlig engasjement som går på pasientens premisser. Det er den konkrete pleien at en skaper relasjoner og en viser som hjelper gjennom kontakt, en omsorg som er til beste for pasienten. Her er det viktig med en gjensidig dialog mellom hjelper og pasient. Formynderi og sentimentalitet gjør det unødvendig for hjelperen å engasjere seg i pasienten som et individ, fordi det da blir hjelperens egne oppfatninger og holdninger som legges til grunne for hjelpen.

I følge Martinsens omsorgsfilosofi vil hun ta utgangspunkt i pasientens uttrykk og signaler fremfor teoretisk kunnskap som presenteres i fagbøkene.

Selv om en skal unngå bruk av paternalisme og formynderi kan det ofte være fornuftig å anvende en ”myk paternalisme” for å motivere og igangsette noe som en vet pasienten har glede av (Kristoffersen, 2005).

Den moralske siden gjenspeiler seg i måten omsorgen blir utført på og er i samhandling med den pleien som utføres. Moral handler om å utøve hjelp i henhold til pasientens beste. Hun nevner at alle situasjoner som vi som sykepleiere kommer borti vil ha en eller annen form for

moralske utfordringer. Å handle moralsk dreier seg altså ikke bare om å handle i samsvar med pasientens uttrykte ønsker. Å handle etter pasientens ønske og tro at dette er det samme som å respektere pasientens autonomi, og det er igjen det samme som å handle moralsk i sykepleien. Fagkunnskap og moral er nært knyttet, handlingen kan ikke vurderes moralsk, uavhengig av den fagkunnskapen som er knyttet til valget av handling. Sykepleiesituasjonen bidrar til at den moralske riktige handlingen er avhengig av konkrete trekk ved situasjonen. Det er derfor umulig for sykepleieren å handle moralsk ut fra den normative etikkens prinsipper og regler alene (Kristoffersen, 2005).

## 4.0 Hvordan kan sykepleiere bidra til forebygging av tvang?

I dette kapitlet vil vi drøfte problemstillingen gjennom å se nærmere på hvordan vi som sykepleiere kan bidra til forebygging av tvang og feil bruk av legemiddelhåndtering av den teoretiske bakgrunnen vi har presentert ovenfor.

### 4.1 Sykepleie i demensomsorgen

Forsker Selbæk, 2007 mener at demensomsorgen vil bli en stor utfordring i årene som kommer. (Korstad, 2010) og for mange pasienter med demens er det en utfordring å flytte i sykehjem. Flere vil oppleve ubehagelige og vanskelige situasjoner i forhold til bruken av tvang.

Viktige egenskaper hos sykepleier i demensomsorgen er å vise evne til empati, etisk bevissthet og refleksjon i alle faser av et demensforløp, samt ha toleranse for angst og uro hos pasientene for å forebygge tvang. Behovene til pasienter med demens er å ha en meningsfull hverdag, ha mestringsfølelse, identitet, verdighet og velvære. Det er svært vesentlig å se hele mennesket og ikke bare pasienten som har en demenslidelse. Utfordringen i demensomsorgen er små arbeidsgrupper hvor sårbarhet for kritikk er stor og at det kan være utfordrende atferd hos pasientene. Det er helt avgjørende at det er trivsel i demensomsorgen blant kolleger og pasienter for å skape gode relasjoner og tillitsforhold. Bruk av tvang innen demensomsorgen begrunnes stort sett med at det er til pasientens beste. Det er grunn til å stille spørsmål om sykepleiere alltid er de rette til å definere hva som er pasientens beste. Det kreves faglig kompetanse for å forstå pasienter med demensproblemer. Risikoen er å tilstede for større eller mindre krenkelser dess mer hjelpetrengende pasienten er. Pasienter med demens er gruppen som er svært sårbar når det kan være utfordrende å kommunisere, ha nedsatt grad av gjenkjennelse og redusert samarbeidsevne. Dette fører til større ubalanse når det gjelder makt, som stiller stor bevissthet om egen rolle i møte med pasienten hos sykepleier.

Pasienter vil oppleve en stor krenkelse av sin personlige integritet å bli utsatt for bruk av tvang. Pasienter med demens som har redusert samtykkekompetanse kan oppleve krenkelsen enda sterkere enn andre, da de ikke forstår hva som skjer. Bruken av tvang ovenfor pasienter med demens skaper mange vanskelige spørsmål og situasjoner (Rokstad & Smebye, 2008). Demens er en sykdom som ikke kan kureres og flere som blir demente blir innlagt i sykehjem



og vi kan se ut fra artikkelen som er skrevet av Hjort og Waaler at det er stor forekomst av demens i Norge, ca 66 000 og ca 30 000 av dem bor i sykehjem. Hjort og Waaler mener at demens er et stort helseproblem i Norge, og ikke minst det tyngste helseproblemet. (Hjort & Waaler, 2010).

Vi har møtt mange av disse pasientene i praksis, både i skjermet avdeling, somatisk avdeling og psykiatrien. Vi har flere ganger reflektert over om tvang er den riktige utveien for å hjelpe en pasient som motsetter seg hjelp i forskjellige situasjoner. Uten å stigmatisere pleiepersonalet som jobber i sykehjem, tør vi allikevel å påstå at flere av de ansatte utfører en eller annen form for tvang i jobben sin ovenfor denne pasientgruppen. Det kan vi konkludere med når vi leser artikkelen som er skrevet av Hem, Gjerberg, Pedersen og Førde.

Disse fire gjennomførte en studie i 2009, en undersøkelse som skulle avdekke grenselandet mellom tvang og frivillighet i sykehjem. Studien er basert på intervju, og fokuset var på pleiepersonalets forståelse av tvang. Vi kan forstå ved å lese artikkelen at deltakerne er bevisst på at det blir utført tvang på deres arbeidsplass og at de selv utfører tvang. Gjennom deres egne erfaringer, tanker og meninger viser deltakerne at det er vanskelig å skille mellom frivillighet og tvang. Av egne praksiserfaringer i sykehjem har vi sett at tvang i ulike former har blitt utført av sykepleiere.

Men hva er tvang? Og hvor går grensen mellom tvang og frivillighet? Å hindre pasientens bevegelsesfrihet eller tilgang til egen kropp anses som tvang, og når medisiner blir tilsatt i mat og drikke uten pasientens vitende er det en form for tvang. Grensen mellom tvang og frivillighet er hårfint og svært få vet hvor grenselandet er. Spørsmålet er om det egentlig er så vanskelig å unngå bruk av tvang? Flere av deltakerne i undersøkelsen mener selv at å bygge gode relasjoner med pasientene og la dem ta del i de ulike situasjonene som angår dem selv beveger tvang i retning mot frivillighet.

Som sykepleiere vil vi møte mange pasienter med demens og vi vil se at pasienter i sykehjem dessverre blir utsatt for ulike former for tvang. Vi kan spørre oss om det er forsvarlig av sykepleiere å utføre handlinger mot pasientens vilje. Demens er riktignok en sykdom hvor kognitive funksjoner blir redusert, men pasientene har rett på å ta egne avgjørelser som angår en selv, autonomi. Vi vet at pasienter med samtykkekompetanse har rett på selvbestemmelse i henhold til pasientrettighetsloven § 4A. Men i sykepleieryrket oppstår det svært mange etiske dilemmaer da det angår tvang. Det oppstår flere situasjoner i sykehjem hvor pasientene blir fratatt selvbestemmelsen fordi sykepleierne foretar egne beslutninger om pasientens evne til

brukermedvirkning. Det er lett å tenke at en pasient med demenssykdom mangler innsikt i sin egen situasjon og dette kan føre til at autonomien til pasienten kan lett overkjøres med tanke på å ta sine egne avgjørelser og beslutninger. For at pasienten skal kunne være delaktig i avgjørelser som gjelder pasienten selv, må omgivelsene være åpne og ikke formidle usannheter. Pasienten må få ærlig og åpen informasjon, og pasienten vil på denne måten skaffe seg lettere oversikt over sin egen situasjon og over valg som må tas fortløpende. For å støtte og tilrettelegge pasientens kompetanse til å foreta valg på egenhånd må omgivelsene legge forholdene til rette for at pasienten kan ha oversikt over sin egen livssituasjon. Dette vil være med å bidra til trygghet, forebygge tvil og fortvilelse. Utfordringene blir stadig større for å avgjøre hva som er pasientens egentlige vilje, og hva som er endret atferd som følge av sykdommens påvirkninger kognitivt og følelsesliv. Det er viktig å ha kunnskaper om pasientens tidligere normer og verdier når en må ta avgjørelser på pasientens vegne (Rokstad & Smebye, 2008).

Det å ta beslutninger for pasienten kommer inn under begrepet paternalisme. Dette begrepet gir anerkjennelse til behovet for å gripe inn på pasienten sine vegne når pasienten selv ikke er i stand til å vurdere konsekvensene av sine valg eller sin atferd. En kan imidlertid ikke gripe inn i en situasjon hvor pasienten selv har forutsetning for å vurdere sin egen situasjon. Det bør imidlertid vurderes om pasienten vil komme i fare dersom en ikke griper inn. Paternalisme gir ingen fullmakt til å ta løpende beslutninger ovenfor pasienten, selv om pasienten har en demenssykdom. Målet med demensomsorgen er å gi god livskvalitet og et godt liv for pasienten. Innholdet av god livskvalitet og et godt liv for pasienten er individuelt. Det kan innebære opplevelse av velvære, mulighet for selvbestemmelse, sosial kontakt med andre, være i fysisk aktivitet, ha sin egen identitet og være av betydning. I et sykehjem må tilbudet til hver enkelt pasient ses i sammenheng med medpasienters behov (Rokstad & Smebye, 2008).

I følge Johannesen, Molven og Roalkvam, 2007 (referert i Rokstad & Smebye, 2008) er det viktig at pasienter med demens får behandling gitt på grunnlag av sykepleiers kunnskap. Det innebærer for sykepleierens del å inneha fagkunnskaper om viten og kjennskap til situasjonsbetingede etiske spørsmål som kan oppstå og lovverket, hva som er tillatt. Selve organisasjonen, inkludert rutiner, ledelse, pleiekultur og moralsk kompetanse, vil avgjøre hvilke etiske dilemmaer som kommer frem, reflektert over, og bli forsøkt løst på en konstruktiv måte. Sykepleierens utvikling av etisk kompetanse er også avhengig av at det er rom for refleksjon over vanskelige spørsmål i fellesskap (Rokstad & Smebye, 2008).

## 4.2 Sykepleie ut fra omsorgens relasjonelle og praktiske side

Kari Martinsens menneskeoppfatning bygger på relasjoner og avhengighet mellom mennesker (Martinsen, 2003). Avhengighet står i kontrast til samfunnets verdier om selvstendighet og det å være selvhjulpne. Martinsens grunntanke er at omsorg utgjør fundamentet for all sykepleie (Kirkevold, 2001). Hun mener videre at mennesket er bundet til kollektive sammenhenger, og at vi er overlatt til hverandre for å ta vare på hverandre (Martinsen, 2003). I følge Martinsen skal vi anerkjenne vedkommende som person, og akseptere pasientens ressurser og begrensninger, uten å gripe inn og umyndiggjøre pasienten. Av erfaring fra praksis har vi reflektert over demenssykdommen til pasientene og deres livssituasjon, vi ser at sykdommen har påvirket livet til pasienten til negative, det å bli hjelpetrengende fra et selvstendig oppegående menneske. Av tidligere erfaringer synes vi det kan være vanskelig med samhandling med pasienter med demens, da pasientene er kognitivt svekket. Vi har ved flere anledninger sett hvor viktig det er å ha faste rammer og rutiner i møte med pasientene. Det krever også at sykepleieren har god innsikt og kunnskap om pasientens tidligere og nåværende liv. Pasienten kan ha vansker med å forholde seg hvor han er på grunn av at hukommelsen er redusert, og at vedkommende har glemt hvor han eller hun bor. Dette er med på å gjøre pasienten utrygg og forvirret, dette vises gjennom atferden. Pasienten har ikke innsikt i sin egen livssituasjon og atferden fører til store problemer med å fungere i dagliglivet (Engedal & Haugen, 2006 og Snoek & Engedal, 2008). Martinsen (2003) sier for å oppnå en god samhandling med pasienten er det viktig å ha god dialog og innsikt i pasientens liv og pasientens sykdom. Fra praksis har vi erfart møte med pasienter som er preget av fysisk utagering og sinne, og som nekter å ta imot helsehjelp fra sykepleier. Fra praksiserfaring erfarte vi hvor utfordrende og vanskelig det kan være å få en god samhandling, og få lov til å hjelpe pasienten. Det er videre som tidligere nevnt viktig å få til et samspill og samhandling med pasienten for å unngå som sykepleier å bruke tvang mot pasienten. Det er derfor viktig å ha en åpen dialog og informere pasienten opptil flere ganger. Det er derfor vesentlig at det fysiske miljøet ligger til rette for en slik samhandling og unngå forstyrrende elementer som igjen kan føre til uro og endret atferd. Ved avvikende atferd observerte vi at sykepleier ga pasienten beroligende medisiner som ble knust og gitt sammen med syltetøy spesielt på kveldsvakter, for at pasienten skulle roe seg før nattevakten kom på vakt. Vi ble nokså interessert i hva som forårsaket den avvikende atferden. Grensesetting fra sykepleier er i noen tilfeller nødvendig for å avlede en bestemt situasjon. Situasjonen kan utvikle seg til at

medpasienter og andre personer kan komme til skade, vi som sykepleiere kan da bruke tvang, noe vi vil unngå.

#### 4.2.1 Sykepleie ut fra den omsorgsmoralske siden

I følge Martinsen (2003) er omsorgens moralske side gjennom hvordan vi er i relasjonen og utførelsen av det praktiske arbeidet. Hun mener at omsorgsmoral er å handle ut i fra ansvaret for de svake. Martinsen (2003) mener også at omsorgsmoral er hvordan vi lærer å bruke makt som inngår i avhengighetsrelasjoner og at makt kan brukes moralskt ansvarlig ut fra solidaritet med den svake. Martinsen (2003) problematiserer det etiske prinsippet om pasientens autonomi. Hun fremhever at den svake paternalismen er den mest ønskelige, fordi hun mener at sykepleieren har mer forståelse faglig for hva som er det beste for pasienten. Vi kan relatere den svake pasienten som Martinsen (2003) omtaler med demenssykdom. På grunn av sin manglende innsikt om sin livssituasjon og kognitiv svikt har de vanskeligheter med å ivareta fysisk, psykisk, sosialt og åndelig/eksistensielle behov. Sykepleieren har et stort ansvar når det gjelder hennes fremtreden i en slik situasjon, derfor er det en forutsetning at sykepleier har nok kunnskap om etiske dilemmaer og lovverket for unngåelse ved bruk av tvang. Pasienten som har manglende innsikt kan motsette seg helsehjelp.

Det etiske prinsippet autonomi er ifølge Brinchmann (2008) retten til å bli informert og til å velge selv. Dette knytter vi opp mot lovverket, der det i Pasientrettighetsloven (2001) § 4-1, fremgår at i hovedregel er all helsehjelp frivillig, som bare kan gis med pasientens samtykke. Pasienten må også ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand for at samtykket skal være gyldig. I følge Brinchmann (2008) er det en forutsetning at pasienten forstår informasjonen, alternativer og deres positive eller negative konsekvenser for å kunne ta selvstendige valg, som går ut på samtykkekompetanse. Med tanke på at pasienter med demens har kognitiv svikt har de problemer med å forstå informasjonen som mottas, det er fort gjort at de henger seg opp i enkelttilfeller og ikke ser helheten i de ulike situasjonene. Pasienten har problemer med å forstå sammenhenger i de ulike situasjoner og ta egne valg, og avgjørelser for sine handlinger. Ut fra dette kan det oppstå situasjoner da pasienten har redusert kompetanse til å samtykke til helsehjelp. Vi har i praksis opplevd ulike holdninger hos personale og sykepleier i forhold til at de har en automatikk i at pasienten ikke kan foreta egne valg. Det er derfor viktig at samtykkekompetanse vurderes individuelt, når det kan være slik at pasienten forstår og kan samtykke til helsehjelp (Johansen & Smebye, 2008). Martinsen

(2003) mener at svak paternalisme er det ønskelige for å få til en samhandling med pasienten, slik at pasienten samtykker til helsehjelpen. Pasienten kan på denne måten unngå opplevelse av tvang. Sykepleier må samtidig være bevisst på hvordan man møter pasienten med sine holdninger, væremåte, kroppsspråk og tonefall. Pasienten kan ellers føle seg overkjørt. Det er derfor viktig å ha kunnskaper om pasienten og faglig for å bruke makten på en forsvarlig måte.

I følge Brinchmann (2008) så er pasienten avhengig av at sykepleieren tar de rette beslutninger og velger de handlinger som er til det beste for pasienten, det ligger mye makt i dette handlingsvalget. Martinsen (2003) viser videre til at makt inngår i alle avhengighetsrelasjoner. I tilfeller hvor sykepleieren må ta valg for pasienten er det viktig at sykepleier er bevisst på hvordan makten brukes, slik at det ikke blir utført tvang ovenfor pasienten. Det å ha et godt samspill med pasienten er svært vesentlig for å unngå bruk av tvang (Kirkevold, 2001).

### **4.3 Sykepleierens etiske ansvar av legemiddelhåndtering**

Sykepleiere er omsorgspersoner som skal gi pleie, vise omsorg og ivareta pasientens grunnleggende behov. Etter tre år som sykepleierstudenter og med praksis i ulike institusjoner har vi fått mye læring i hvordan vi skal praktisere som ferdig utdannet, både hvordan vi som sykepleiere arbeider og hjelper pasientene og hvordan vi som sykepleiere håndterer legemidler og bruken av dem.

Mange problemer oppstår i forhold til administreringen av legemidler som utføres av sykepleiere. Eldre i sykehjem står ofte på flere legemidler samtidig, noe vi også har sett i praksis, og utfordringen er hvordan legemidlene kan gis til pasientene på en forsvarlig måte. Spørsmålet vi stiller oss da er hva som er forsvarlig og ikke forsvarlig i legemiddelhåndteringen? Det som er forsvarlig er naturligvis å gi pasientene legemidlene på riktig måte. Med riktig måte mener vi slik det er forskrevet av lege eller anvist i pakningsvedlegget som følger med i pakningen. Det som ikke er forsvarlig og er å knuse legemidlet og blande det i mat eller drikke. Det utgjør en sikkerhetsrisiko ovenfor pasienten og konsekvensene av tablettknusing kan redusere effekten av legemidlet eller gjøre legemidlet ustabil, eller medføre toksisitet. Knusing av tabletter går under begrepet tvang i og med at pasientens ikke selv vet om at det skjer. Det er mange feil rundt legemiddelhåndtering og

våres refleksjoner rundt sykehjemspraksisen gir oss et svar på at det er mye feil innen legemiddelhåndteringen. I følge Wenche Wannebo, forfatter av artikkelen ”Tablettknusing i sykehjem – en sikkerhetsrisiko for pasienten”, forekommer det tablettknusing i flere sykehjem i Norge (2009). Vi henviser til vedlegg 1 og 2. Tallene i figur 1 er skremmende og hva er grunnen til at det forekommer et så stort omfang av tablettknusing i sykehjem? Og hvorfor knuses det tabletter som ikke skal knuses? Jo, det kan handle om at sykepleiere har lite kunnskaper i forhold til legemidler, og at knusing av legemidler nærmest har blitt en rutine på arbeidsplassen. Sykepleierutdannelsen legger stor vekt på legemiddelhåndtering med både undervisning og en medikamenttest. Så hvorfor vurderer og gjennomgår sykepleierne i liten grad legemiddelhåndteringen på sin arbeidsplass etter endt utdanning? Forebygging av tablettknusing er så enkelt som å konsultere lege eller farmasøyt hvis sykepleier er usikker i forhold til pasientens legemidler. Et annet enkelt grep er å ha en liste med legemidler som ikke kan knuses, og som igjen kan bidra til redusert tablettknusing i sykehjemmene.

Det er ikke etisk riktig ovenfor pasientene at de får tildelt legemidlene under tvang. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det at; *”sykepleieren skal beskytte pasienten mot krenkende handlinger som ulovlig og unødvendig rettighetsbegrensinger og tvang”* (Norsk Sykepleierforbund, 2007).

#### 4.4 Bruk av tvang i sykehjem

Ø. Kirkevold har kartlagt bruk av tvang ved intervju av primærpleieren til 1926 sykehjemspasienter. Det ble intervjuet om mekaniske tvangsmidler, andre midler som hindrer fri bevegelse (ikke-mekaniske), overvåking, bruk av tvang i forbindelse med medisinsk undersøkelse og behandling og bruk av tvang i forbindelse med aktiviteter i dagliglivet. Det ble i tillegg registrert forklaringsvariabler knyttet til pasienten og sykehjemmet.

Resultatene viste 45% av pasientene som har en demenssykdom i skjermede enheter og 37% av pasientene i ordinære somatiske avdelinger ble utsatt for minst ett tvangstiltak i løpet av en uke. Vanligst var bruk av tvang i forbindelse med daglige aktiviteter, mekaniske tvangstiltak og tvang i forbindelse med medisinsk undersøkelse eller behandling, spesielt tilsetning av medisin i mat eller drikke. Mental svikt, stort behov for hjelp til daglige aktiviteter og episoder med aggressiv atferd var assosiert med bruk av tvang. I 65% av tilfellene forelå ingen skriftlig dokumentasjon av tvangsbruken.

Fortolkningen viser at det er utstrakt bruk av tvang i norske sykehjem. Den høye forekomsten, den dårlige dokumentasjonen og tilfeldighetene med hensyn til hvem som avgjør at tvang benyttes, sannsynliggjør at det mer er snakk om dårlige rutiner enn om nøye overveielser i hvert enkelt tilfelle.

Ø. Kirkevold har i 2005 gjort kartlegginger av tvang i norske sykehjem, hvordan tvangsbruken begrunnes, hvem som har bestemt at tvang skal brukes og hvordan bruken av tvang er dokumentert. I disse kartleggingene ble tvang definert vidt, som bruk av redskap som hindrer pasientenes bevegelsesfrihet eller tilgang til egen kropp, fysisk holdning ved undersøkelser, behandling og tilsetning av medisin i mat og drikke uten pasientens vitende og vilje.

Data ble samlet inn ved at primærpleieren til pasientene ble intervjuet om hva som hadde skjedd med deres pasient i løpet av siste uke. Mekaniske tvangstiltak (sengehest, fiksering i stol eller seng), ikke-mekaniske tvangstiltak (skjerming, innhenting av pasienter, holde tilbake), elektronisk overvåking, bruk av tvang i forbindelse med medisinsk undersøkelse og behandling og bruk av tvang i forbindelse med aktiviteter i dagliglivet. Det ble spurt om hvorfor tiltaket ble brukt, hvem som hadde bestemt at det skulle brukes og om hvordan bruken av tvang var dokumentert.

Pasientkarakteristika som å ha demens, aggressiv atferd og dårlig funksjon i daglige aktiviteter var sterkt assosiert med de fleste typer tvang.

Avdelingssykepleier eller ansvarlig sykepleier på vakt var de som oftest tok avgjørelse om at tvang skulle brukes, men i noen av tilfellene var det ikke registrert hvem som hadde tatt avgjørelsen og primærkontakten visste det heller ikke. I mange av tilfellene var det ingen skriftlig dokumentasjon av tvangsbruken. Skjult medisinerings ble analysert særskilt. Medisin ble tilsatt i mat eller drikke til noen få pasienter i skjermede enheter og til en mindre andel av pasientene i somatiske avdelinger. I de fleste tilfellene var det ansvarlig sykepleier som hadde bestemt at medisin skulle gis uten pasientenes vitende. En statistisk signifikant større andel av pasientene som fikk medisiner skjult i mat eller drikke, fikk antipsykotisk og angstdempende medisin, mens de som fikk medisin åpent i større grad fikk medisin for hjerte- og karlidelser.

All tvang i sykehjem er i utgangspunktet forbudt. I pasientrettighetsloven forutsettes det at alle slike tiltak utføres med pasientens samtykke eller unntaksvis med samtykke fra



pårørende. Samtykke fra pårørende åpner imidlertid ikke for at behandlings- eller pleietiltak kan gjennomføres mot pasientens vilje.

Selv om jusen setter klare begrensninger, vil det være situasjoner hvor det er faglig og etisk forsvarlig å gjennomføre helsehjelp som en pasient motsetter seg. Det kan være situasjoner hvor pasienten opplagt lider mer av at hjelpen ikke blir gjennomført enn at det blir gjennomført, for eksempel ved legemiddelhåndtering. Pasienten kan ha nedsatt forståelse for viktigheten av at legemidlet må tas. Hvis det er snakk om et legemiddel som opplagt lindrer plager, kan det være både faglig og etisk forsvarlig å gi det i det skjulte.

Funnene viser imidlertid at bruk av tvang er omfattende. Det kan umulig være nødvendig i alle tilfellene. Et enda større problem er at bruk av tvang er dårlig dokumentert i pasientens journal, og det virker som det er tilfeldig hvem som har avgjort at tvang skal brukes og hvordan denne avgjørelsen er tatt. Dette gir inntrykk av tilfeldigheter og ikke faglige vurderinger.

Det er viktig med gode samarbeidsstrukturer om hvordan legemidler håndteres. Det er svært vesentlig med grundige rutiner for legemiddelhåndtering på den enkelte avdeling, spesielt må det lages rutiner for hva som må gjøres når en pasient ikke vil ha foreskrevet legemiddel. Dette avhenger av at sykepleieren har opparbeidet seg kompetanse og faglige kunnskaper om legemiddelhåndtering.

Bedre rutiner og samarbeid mellom sykepleierne i forbindelse med medisiner, spesielt i situasjoner hvor en pasient ikke vil ha medisin, vil også kunne ha en "smitteeffekt" på andre situasjoner, spesielt der det brukes tvang. Pleiepersonalet vil erfare at legen kan bidra positivt ved å gi råd om håndtering av situasjoner hvor det i dag brukes fysiske tvangstiltak.

Diskusjonene vil kunne bli mer tverrfaglig med større muligheter til å finne alternativer til bruk av tvang. Demens, aggressiv atferd og dårlig daglige aktiviteter er sterkt assosiert ikke bare med skjult medisiner, men også bruk av mekaniske tvangstiltak og tvang i stellesituasjoner. Sammenhengende er komplekse, ulike innfallsvinkler må brukes for å finne gode løsninger, og hele det tverrfaglige teamet må bidra. Utredning av eventuelle somatiske årsaker til pasientens atferd er naturligvis avgjørende.

Økt kompetanse om demenssykdom og bedre ferdigheter til å takle utfordrende atferd hos pasienter med demens hos sykepleiere er vesentlig for å forebygge og redusere bruk av tvang i sykehjem. Det er svært viktig at pasientene møter sykepleiere som er trygge og veiledende, og



som hele tiden arbeider for å forebygge for å unngå å bruke tvang. Forebygging kan være fokus på daglige aktiviteter, gjennomføring av opplæringsplan for demensomsorg med ukentlig veiledning av sykepleiere, kartlegging av sykepleierens håndtering av pasienters utfordrende atferd, organisere informasjon i avdelingen og at sykepleierne følger planlagte kurs internt og eksternt, og undervisning angående temaet demens for å holde seg faglig oppdatert (Tiller, 2009).

Sykepleieren må bruke skjønnsmessige vurderinger til å overveie hvilke handlingsalternativer som er til pasientens beste. Sykepleier må fremme samhandling mellom seg og pasienten der begge er deltakere, men hvor det er naturlig at sykepleier viser en form for autoritet (Martinsen, 2003).

## 5.0 Konklusjon

I prosessen med denne oppgaven har vi forsøkt å få innblikk i ulike former for tvang i sykehjem og har derfor forsøkt å finne svar på hvordan sykepleiere kan bidra til forebygging av tvang og bruken av riktig legemiddelhåndtering i sykehjem. Vi mener å ha kommet fram til flere faktorer som bør være tilstede for å sikre nødvendig helsehjelp til pasienter med demens og hindre videre tvangsforbruk. Vi har på denne måten forsøkt å gi problemstillingen innhold, slik at det er lettere å anvende dette i praksis.

Når vi skal ut i arbeidslivet og praktisere som sykepleiere har vi et ønske om å kunne jobbe målrettet for å hindre bruken av tvang, og heller sørge for at pasienten er delaktig i ulike situasjoner som angår pasienten. Vi tenker at det viktigste funnet er at kunnskaper gir gode resultater i grenselandet mellom frivillighet og tvang. Vi mener at sykepleiere må kjenne lovverket, ha kunnskaper om pasientens situasjon og demenssykdom. Med dette som grunnlag, samt bruke loven for å forebygge tvang, ser vi at kapittel 4 A kan fungere på en riktig måte i praksis.

Kompetanseheving av sykepleiere kan være med å bidra til å redusere og forebygge bruk av tvang i sykehjem.

Vi har med Kari Martinsens tre omsorgssider som grunnlag, vi har drøftet litteratur for å få svar på vår problemstilling og vi har også relatert til egne erfaringer fra praksis. Det sentrale i utøvelse av sykepleie til pasienter med demenssykdom er å få til en samhandling med pasienten for å unngå tvang.

Knusing av tabletter forekommer ofte i sykehjem og bør vurderes kritisk. Flere studier viser store avvik i legemiddelhåndtering i norske sykehjem. Blanding av legemidler i mat, er en praksis som kan sette pasientens velbefinnende og sikkerhet i fare. Det er derfor viktig å se på sykehjemmets rutiner for å sikre pasientens sikkerhet ved legemiddelhåndtering.

Tillit bør hele tiden eksistere i relasjonen mellom sykepleier og pasient for å unngå tvang. Det er imidlertid viktig at sykepleieren har gode holdninger som anerkjenner pasientens som har demens som et unikt menneske. Empati og kjennskap har stor betydning for å ivareta identiteten til pasienten.

Vi mener at gode kunnskaper hos sykepleiere gir gode resultater. Sykepleiere må ta ansvar og holde seg oppdatert angående lovverk, og må ha kunnskaper om pasientens situasjon og demenssykdom. Med dette som grunnlag, og med fokusering på loven for å forebygge tvang, kan helheten fungere i praksis.

Problemstillingen har belyst et tema som vi som studenter har erfart fra tidligere praksisperioder og så vel som arbeidssituasjoner, og at fagkunnskaper og kvalifikasjoner er høyest nødvendig i de ulike praktiske tilfeller. Denne bacheloroppgaven har gitt oss mange tankevekkere på situasjoner som kunne vært håndtert om ikke bedre, men på en annen måte. Bacheloroppgaven har vært betydningsfull og lærerik for oss.

## Litteraturliste

- \*Alvsvåg, H. & E. Gjengedal.(2000). *Omsorgstenkning – en innføring i Kari Martinsens forfatterskap*. Fagbokforlaget.
- Bielecki, T. & Børdahl, B.(2008). *Legemiddelhåndtering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brinchmann, B.S.(2008). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O.(2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- \*Engedal, K., & Haugen, P.K. (2006). *Demens: Fakta og utfordringer*. Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse.
- \*Helsedirektoratet. (2008, oktober), *Lov om pasientrettigheter kapittel 4A. Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen*.  
(Rundskriv IS-10/2008). Oslo: Direktoratet.
- Hjort, P-F., & Waaler, H-T. (2010). *Demens fram til 2050*. Tidsskrift for Den norske legeforening. doi: 10.4045/tidsskr.09.1433.
- Hummelvoll, J-K. (2004). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jacobsen, D., Kjeldsen, S.E., Ingvaldsen, B., Lund, K. & Solheim, K.(2001). *Sykdomslære – Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- \*Johansen, L., & Smebye, K.L. (2008). Bruk av tvang i demensomsorgen. Rokstad, A.M.M & Smebye, K.L. (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling*. (s. 207-231). Oslo: Akribe AS.
- \*Kirkevold, M.(2001). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- \*Kirkevold, Ø.(1999). *Rettsikkerhet for personer med aldersdemens*. Agenda;3:5-6

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.

\*Kramås, P., Lingås L-G., & Skjerve J. (1999). *Tvang, makt og forsvarlighet: Juridiske, etiske og faglige sider ved sosialtjenesteloven kapittel 6A*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

\*Kunnskapssenteret (2008). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Lokalisert på:

<http://kunnskapssenteret.no/Verktøy/Sjekklistor+for+vurdering+av+forskningsartikler.2031.cms>

\*Martinsen, K.(2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Universitetsforlaget.

\*\*\*Norsk sykepleierforbund. (2010). *Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang*.

Lokalisert på <http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/569183/pleie-og-omsorg-i-grenselandet-mellom-frivillighet-og-tvang>

\*Norsk sykepleierforbund. (2009). *Tablettknusing i sykehjem – en sikkerhetsrisiko for pasienten?*.

Lokalisert <http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/149622/tablettknusing-i-sykehjem-en-sikkerhetsrisiko-for-pasienten?>

\*Norsk Sykepleierforbund. (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2007-09-18)*.

Lokalisert på <http://www.sykepleien.no>

\*Rokstad, A.M.M. & Smebye, K.L.(2008). *Personer med demens. Møte og samhandling*. Oslo: Akribe AS.

\*Rokstad, A.M.M (2008). Forståelse som grunnlag for samhandling. Rokstad, A.M.M & Smebye, K.L. (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling*. (s. 60-86). Oslo: Akribe AS.

Snoek, J.E & Engedal, K. (2008). *Psykisatri: Kunnskap – Forståelse – Utfordringer*. Trondheim: Akribe Forlag.

\*Tidsskrift for Den norske legeforening. (2010). *Demens frem mot 2050*.

Lokalisert på [doi: 10.4045/tidsskr.09.1433](https://doi.org/10.4045/tidsskr.09.1433)

Pasientrettighetsloven, 2001-01-01, 2001-07-01 § 4A.

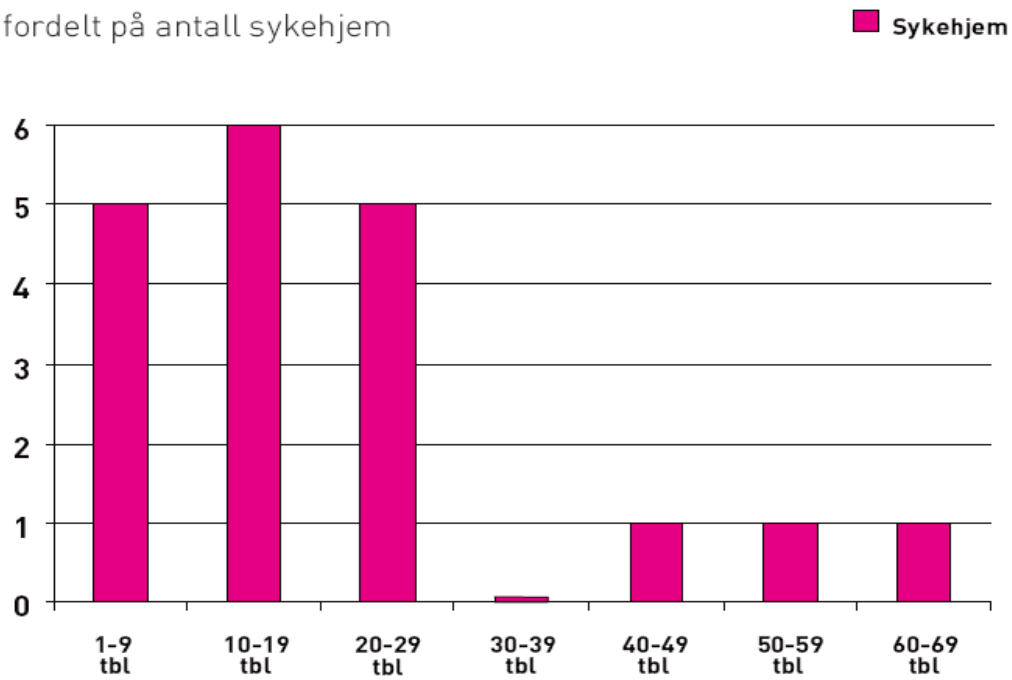
(2011). Lokalisert på <http://lovdata.no/all/nl-19990702-063.html>

\*Tiller, K.(2009). *Kan kompetanseheving redusere utagering og bruk av tvang?*

Lokalisert på: <http://www.utviklingssenter.no>

## Vedlegg 1

**FIGUR 1:** Antall knuste tabletter fordelt på antall sykehjem



## Vedlegg 2

**TABELL 1:** Oversikt over preparater og registrerte knusinger blant 597 pasienter

	Type preparater Antall (prosent)	Registrerte knusinger Antall (prosent)
Tabletter	80 (80)	318 (85)
Depottabletter	12 (12)	27 (27)
Enterotabletter	8 (8)	30 (8)
Legemidler totalt	100 (100)	375 (100)