



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag
4BACH

Heidi Skjold og Katrine H. Rønningen
Veileder: Sevald Høye

Hva ser du søster, bak et nei?

Tvang i demensomsorgen

What lies behind a no?

Coercion in dementia care

Antall ord: 11613

Bachelor i sykepleie- BASY 2011

2014

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Sammendrag

Tittel; Hva ser du søster, bak et nei? - Tvang i demensomsorgen. Engelsk tittel; What lies behind a no? - Coercion in dementia care. Formålet med denne bacheloroppgaven er å finne ut hvordan sykepleiere kan redusere bruk av tvang i demensomsorgen. Problemstillingen er som følger; Hvordan kan sykepleiere begrense bruk av tvang i møte med pasienter med demens, som motsetter seg hjelp til å ivareta personlig hygiene. Problemstillingen begrenser derfor oppgaven til å handle om tvang i forbindelse med personlig hygiene. Vi har skrevet en case som beskriver det vi anser som en typisk pasientsituasjon som lett kan gå over i tvang. Oppgaven er en litteraturstudie som er basert på anerkjente forskere sine studier, pensumlitteratur og selvvalgt litteratur. Funnene blir drøftet og satt opp mot hverandre, for å finne en best mulig løsning for pasienten i casen. Resultatene vi har kommet frem til at tid og kunnskap er utslagsgivende for å begrense bruken av tvang.

Hva ser du søster?

Hva ser du søster i din stue? En gammel, sur og besværlig frue, usikker på hånden og fjern i blikket, litt griset og rotet hvor hun har ligget.

Hun snakker høyt, men hun hører deg ikke, hun sikler og hoster, har snue og hikke.

Hun takker deg ikke for alt du gjør, men klager og syter, har dårlig humør.

Er det hva du tenker? Er det hva du ser? Lukk øynene opp og SE - det er mer!

Nå skal jeg fortelle deg hvem jeg er, den gamle damen som ligger her.

Jeg er pike på 10 i et lykkelig hjem med foreldre og søsken - jeg elsker dem!

Jeg er ungmø på 16 med hjerte som banker av håp og drøm og romantiske tanker.

Jeg er brud på 20 med blussende kinn, i mitt eget hjem går jeg lykkelig inn.

Jeg er mor med små barn, jeg bygger et hjem, mot alt som er vondt vil jeg verne dem.

Og barna vokser med gråt og latter. Så blir de store, og så er vi atter to voksne alene som nyter freden og trøster hverandre og deler gleden når vi blir femti og barnebarn kommer og bringer uro og latter hver sommer. Så dør min mann, jeg blir ensom med sorgen, og sitter alene fra kveld til morgen, for barna har egne barn og hjem, det er så mye som opptar dem.

Borte er alle de gode år, de trygge, glade og vante kår.

Nå plukker alderen fjærene av meg. Min styrke, mitt mot blir snart tatt fra meg.

Ryggen blir bøyd og synet svikter - jeg har ikke krefter til dagens plikter.

Mitt hjerte er tungt og håret er grått. Med hørselen skranter det også smått.

Men inne bak skrøpeligheten finnes det ennå så meget vakkert å minnes:

barndom, ungdom, sorger og gleder, samliv, mennesker, tider og steder.

Når alderdomsbyrdene tynger meg ned så synger allikevel minnene med.

Men det som er aller mest tungt å bære er det at EVIG kan INGENTING være!

Hva ser du søster?

- En tung og senil og trett gammel skrott?

- Nei. Prøv en gang til! Se bedre etter - se om du kan finne: et barn, en brud, en mor, en kvinne! Se meg som sitter der innerst inne!

Der er MEG du må prøve å se - og finne!

(Ukjent forfatter, sitert i Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2010, s.27-28)

Innhold

Sammendrag.....	2
Hva ser du søster?	3
1 INNLEDNING	5
1.1 Bakgrunn for oppgaven	5
1.2 Case	6
1.3 Anonymisering	6
1.4 Problemstilling med avgrensning	7
1.5 Sentrale begreper	8
1.5.1 Sykepleier	8
1.5.2 Pasient	8
1.5.3 Demens	8
1.5.4 Personlig hygiene	9
1.5.5 Tvang	9
1.6 Oppgavens disposisjon	9
2 Teoretisk fundament.....	10
2.1 Den demente pasienten.....	10
2.1.1 Alzheimers sykdom	10
2.1.2 Skjermet enhet	11
2.1.3 Pasient- og brukerrettighetsloven Kapittel 4A	11
2.1.4 Samtykkekompetanse	12
2.2 Sykepleierens funksjon i demensomsorgen.....	12
2.2.1 Kommunikasjon	12
2.2.2 Etisk dilemma.....	14
2.2.3 Kari Martinsens omsorgsteori	16
2.2.4 Yrkesetiske retningslinjer.....	17
2.3 Tvang i demensomsorgen.....	17
2.3.1 Forskningsfunn.....	19
2.3.2 Tillitsskapende tiltak	21
3 Metode.....	21
3.1 Litteraturstudie	22
3.2 Litteratursøk	23
3.3 Kildekritikk	24
4 Drøfting	27
4.1 Det etiske dilemma.....	27
4.2 Kommunikasjonsevner, en viktig forutsetning	29
4.3 Begrensning av tvangsbruk	32
5 KONKLUSJON.....	36
Referanseliste	37
Vedlegg 1 Søkehistorikk	43

1 INNLEDNING

Mellom 1998 og 2001 utførte Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens en landsomfattende undersøkelse som viste at tvang blir brukt i langt større grad enn det man hadde oversikt over (Kirkevold, Lillesveen, Engedal & Nygård, 2010). Denne undersøkelsen viste at personer med demens var de pasientene som var mest utsatt for tvang. De ansatte brukte tvang for å få gjennomført nødvendig behandling, beskytte pasienten mot skade og for at pasienten skulle få utført personlig hygiene. De formene for tvang som ble brukt var; tilsetning av medisiner i mat og drikke uten at pasientene visste om dette, overvåkning i form av alarmer, stengte dører, binde fast pasientene i stoler eller senger, press og tvang for å få gjennomført daglig hygiene (Kirkevold, et al., 2010). Tvang blant personer med demens har fått større og større oppmerksomhet de siste ti årene, og i 2009 ble tvang regulert på den måten at det må fattes vedtak før tvang kan utføres (Hem, Gjerberg, Pedersen & Førde, 2010).

1.1 Bakgrunn for oppgaven

Berentsen (2010) skriver at omtrent alle sykepleiere vil komme i kontakt med personer med Alzheimers sykdom i sitt yrkesaktive liv, nesten uansett hvor de jobber. Gjennom sykepleierutdannelsen har demens vært oppe som tema flere ganger, og det har vært reist etiske diskusjoner rundt tvang og bruk av dette. Vi har tidligere skrevet en egen mappeoppgave innen etikk, som handler om pasienter med demens. En sykepleier vil alltid gjøre det beste for pasienten, men er middelet som benyttes alltid det beste? Gjennom studiet har vi lært hva grunnleggende sykepleie dreier seg om, og at vi også skal ha en oppfattelse sett fra pasientens perspektiv. Lover og etiske retningslinjer er til stor hjelp i sykepleieryrket, men på noen områder kan man ofte føle at de likevel ikke strekker til. Det er ikke lett å være vitne til at pasientene ikke vil ta imot hjelpen som de trenger.

Vi har begge vært på skjermet avdeling i psykiatripraksisen. Vi opplevde situasjoner som for oss ble oppfattet som tvang. Dette gjaldt spesielt i stellsituasjoner. På pauserommet åpnet vi ved flere anledninger diskusjon for hva vi hadde opplevd. Vi erfarte at det er ulike meninger rundt tvang. Det så ut til at tvang var den enkleste og raskeste måten å få morgenstell og daglige gjøremål utført på. Nå dreide ikke praksisen seg utlukkende om tvang, tvert imot hadde vi svært mange gode stunder med ansatte, pasienter og pårørende. På bakgrunn av

praksis har vi i følgende bacheloroppgave valgt å fordype oss i tvangsbruk innen demensomsorgen.

1.2 Case

Dame på 76 år fikk diagnosen Alzheimers da hun var 71. De siste 50 årene har hun og ektemannen bodd sammen i sin enebolig. Hun var en sosial og samfunnsengasjert dame gjennom forskjellige verv i lag og foreninger. Hun pensjonerte seg fra læreryrket da hun var 65 år. Etter at hun fikk diagnosen har hun gradvis fått mer og mer hjelp av hjemmesykepleien. Etersom sykdommen progredierte har funksjonsnivået blitt tilsvarende dårlig. Dette har nå resultert i fast plass på skjermet enhet.

Pasienten har en alvorlig grad av demens, noe som påvirker vedkommende sin kommunikasjonsevne. Hun har ikke innsikt i egen sykdom og har blitt inkontinent for urin og avføring. Hun er ofte våt gjennom bleie og klær, noe som gjør at hun står i fare for å utvikle UVI (urinveisinfeksjon) og sår nedentil. Det er vanskelig for sykepleieren å hjelpe henne med personlig hygiene, fordi hun motsetter seg dette. Dette er noe som strider imot hvordan hun har vært som person tidligere, siden hun alltid har vært opptatt av å se velstelt ut.

Hun er vurdert til å ha manglende samtykkekompetanse på personlig hygiene av lege og sykepleier, men det er ikke søkt om tvangsvedtak.

1.3 Anonymisering

Vi var i praksis på ulike tidspunkt og på forskjellige avdelinger. Vi har derfor diskutert og sammenlignet våre erfaringer. Ut i fra dette har vi laget en case der pasienten er oppdiktet. I eksemplene vi bruker fra praksis har vi anonymisert de involverte og forandret litt på hendelsene.

1.4 Problemstilling med avgrensning

Hvordan kan sykepleiere begrense bruken av tvang i møte med pasienter med demens som motsetter seg hjelp til å ivareta personlig hygiene?

Tvang i demensomsorgen er et omfattende tema. Vi har derfor valgt å avgrense dette til hvordan sykepleieren kan begrense bruk av tvang ved ivaretagelse av personlig hygiene hos pasienten. Vi har laget en case for å avgrense oppgaven vår. I oppgaven har vi gjennomgående fokus på casen, og ser på tiltak som kan være aktuelle for denne pasienten. I tillegg trekker vi inn egne erfaringer fra praksis. Pasienten i casen har en alvorlig grad av Alzheimers. Vi vil derfor rette vårt fokus mot Alzheimers, og trekker ikke inn mild og moderat grad av demens eller andre demenssykdommer. Vi fokuserer på hvordan sykdommen vil påvirke pasienten og hvilke konsekvenser dette har for samhandlingen med sykepleieren. Vi fokuserer derimot ikke på medisiner og behandling knyttet til Alzheimers. I demensomsorgen er pårørende en viktig samarbeidspartner, men fordi de ikke er direkte involvert i stellsituasjoner har vi valgt å utelate de i vår oppgave. I oppgaven vår skriver vi ut ifra et sykepleieperspektiv. For å begrense bruken av tvang, er vårt gjennomgående fokus i oppgaven hvilke tiltak sykepleiere kan bruke for å skape tillit til pasienter. Omsorgsteorien til Kari Martinsen handler om hvordan sykepleieren kan skape en relasjon til pasienten, og hvilke holdninger som ligger til grunn. Derfor har vi valgt å trekke inn elementer av hennes omsorgsteori i vår oppgave. Reminisens, validering og realitetsorientering er kommunikasjonsmetoder som kan være til betydelig hjelp for å bygge en god relasjon til pasienter med demens. Vi fokuserer på alle tre metodene i teoridelen og setter disse opp i mot hverandre i drøftingen.

De fire etiske prinsippene autonomi, velgjørenhet, ikke skade og rettferdighet er ikke til å komme utenom når etiske dilemma oppstår. Disse fire prinsippene går inn i hverandre, men for å avgrense oppgaven har vi valgt autonomi og velgjørenhetsprinsippet som er mest aktuelt å drøfte i forhold til pasienten i casen. Vi utelater derfor rettferdighets- og ikke-skadeprinsippet. Paternalisme blir sett på som et negativt begrep, men i forhold til pasienter med demens uten samtykkekompetanse, er det interessant å drøfte dette opp mot autonomien.

1.5 Sentrale begreper

Her presenterer vi definisjoner på begreper som er gjennomgående i vår oppgave ut fra problemstillingen.

1.5.1 Sykepleier

I flere bøker og lovgivningen brukes betegnelsen «helsepersonell». I denne oppgaven tolker vi dette til å være «sykepleiere», da vår oppgave ikke handler om leger, fysioterapeuter, omsorgsarbeidere og andre yrkesgrupper innenfor helsesektoren.

Sykepleierens kjernekompetanse er blant annet å ta vare på de grunnleggende behov hos mennesker som ikke er i stand til å klare dette selv. Videre utfører sykepleierne handlinger som fremmer helse og gjenvinner helse. Sykepleierens funksjon i eldreomsorgen omhandler å forebygge sykdom, tidlig død, bedre og opprettholde pasientens helse, funksjonsnivå og livskvalitet (Ranhoff, 2010) s. 137).

1.5.2 Pasient

Helse- og omsorgsdepartementet (1998) skriver at ordet pasient gjelder alle som gis eller tilbys helsehjelp. Herunder også de som er friske, som for eksempel barn som går til sjekk hos helsesøster. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) definerer pasient som: «en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle».

1.5.3 Demens

Demens er en fellesbetegnelse på flere patologiske forandringer i hjernen. Demens forverres ofte over tid, og er en vedvarende klinisk tilstand (Rokstad, 2008. s 30). Et av de første kjennetegnene på demens er svekket korttidshukommelse. Svikt av kognitive funksjoner, som dømmekraft og evnen til å kunne planlegge er også tidlige kjennetegn (Engedal, 2010).

1.5.4 Personlig hygiene

Personlig hygiene er mer enn bare en kroppsvask. Under stell har man en fin mulighet til å kunne observere pasienten sin hud, blant annet om det er utslett, sår og rødhet. I tillegg kan man observere hva pasienten klarer selv og hva vedkommende trenger hjelp til (Borge, 2011).

Ved urininkontinens er pasienter utsatt for å få sår, smerter og infeksjon. Hvis vedkommende bruker bleie og sjelden får skiftet og vasket seg, øker denne risikoen (Gjerland, Almås & Grønseth, 2011). Ubehandlet UVI kan føre til bakteriemi som kan utvikle seg til sepsis (Andreassen, Fjellet, Wilhelmsen & Stubberud, 2011).

1.5.5 Tvang

Helsedirektoratet (2008) skriver at «tvang omfatter tiltak som blir brukt for å overvinne eller omgå motstand fra pasienten» (s.33).

1.6 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er delt inn i fem deler. Oppgaven introduseres i innledningen. Deretter presenterer vi fremgangsmåten vi har benyttet for å finne forskning og annen relevant litteratur, som ligger til grunn for vår oppgave. Vi viser hvordan vi har brukt kildekritikk for se om studiene vi har funnet er valide. I teoridelen innhenter vi den teorien vi anser som nødvendig for å kunne drøfte vår problemstilling. I drøftingskapittelet setter vi teori, egne erfaringer og forskningen opp i mot hverandre for å besvare vår problemstilling. Oppgaven avsluttes med en konklusjon på hva vi har kommet frem til.

2 Teoretisk fundament

I dette kapitlet belyser vi den teorien som ligger til grunn for å kunne drøfte vår problemstilling. Teorien består av tre hoveddeler; den demente pasienten, sykepleierens funksjon i demensomsorgen og tvang.

2.1 Den demente pasienten

For personer med demens innebærer livet mange endringer og utfordringer. De opplever endringer hos seg selv og hvordan omverdenen ser på dem. Sykdommen er ikke et synlig fysisk handicap og for omverdenen det vanskelig å oppfatte de fysiologiske endringene som skjer i hjernen. Personer med en demenssykdom har selv uttrykt at hverdagen blir en kamp for å mestre tilværelsen (Rokstad, 2008).

2.1.1 Alzheimers sykdom

Ved alvorlig grad av demens er pasienten avhengig av andre sin hjelp døgnet rundt for å få dekket sine grunnleggende behov. Handlingsevne og orienteringsevne er sterkt redusert, og ofte er pasienten inkontinent for urin og avføring. Pasienten har problemer med å forstå hva andre sier og ordforrådet er sterkt redusert. Det kan forekomme at pasienten ikke kjenner igjen de nærmeste, (Berentsen, 2010).

Alzheimers sykdom er en degenerativ demenssykdom og er den vanligste formen for demens. Degenerative demenssykdommer betyr at hjernecellene dør litt etter litt (Engedal, 2010). Karakteristiske funn i hjernen ved Alzheimers sykdom er nevrofibrillære floker som gir celledød og senile plakk som ødelegger cellenes funksjon (Rokstad, 2008). Samtidig med plakk og floker reduseres signalsubstansene som overfører impulser i nervesystemet. Impulsoverføringen mellom synapsene går derfor langsommere (Rokstad, 2008). Alzheimer deles inn i to typer. Det er tidlig debut og sen debut. Den tidlige debuten skjer før fylte 65 år og rammer like mange menn som kvinner. Sen debut rammer i større grad kvinner og opptrer etter fylte 65 år. Ved sen debut er det færre og mildere symptomer. Hukommelsessvikten er det som er mest fremtredende. Etter hvert får man også problemer med å finne ord og orientere seg for tid og sted (Engedal, 2010).

2.1.2 Skjermet enhet

Skjermede enheter på sykehjem er beregnet på personer med demenslidelser. Som regel er det pasienter som er fysisk spreke, men som ikke kan bo hjemme på grunn av demenssykdommen. Skjermet betyr at enheten er tilrettelagt for at pasientene lett skal kunne orientere seg uten å gå seg bort. I paragraf 4-7 i Forskrift for sykehjem m.v (2013) står det:

Skjermet enhet for senil demente kan etableres for grupper fra 4-12 beboere. Før innflytting i enheten skal beboer være grundig undersøkt og diagnosen langtkommet senil demens må være fastslått. Beboere fra slik enhet skal ha adgang til felles goder/aktiviteter og sikres samme areal til disposisjon som andre beboere.

2.1.3 Pasient- og brukerrettighetsloven Kapittel 4A

Den 1. januar 2009 trådte de nye bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven fra 1999 i kraft. Den heter kapittel 4 A, Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv. Den er ment for å forebygge og redusere bruken av tvang, men samtidig kunne gi nødvendig helsehjelp til de som mangler samtykkekompetanse (Helsedirektoratet, 2008).

Om pasienten motsetter seg helsehjelp kan det fattes vedtak, dersom unnlattelse av helsehjelpen fører til alvorlig helseskade (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I paragraf 4A-3 står det at helsehjelpen må anses som nødvendig og tiltakene som blir iverksatt, må stå i forhold til det behovet pasienten har for helsehjelpen. Ifølge paragraf 4A-5 skal det fattes et eget vedtak om helsehjelpen dreier seg om pleie og omsorg (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Motstand fra pasienten kan vise seg både fysisk og verbalt. Hvordan motstanden blir uttrykt er ikke avgjørende, derfor forutsetter det at sykepleieren har god kjennskap til pasienten. I den grad det er mulig skal pasienten få den helsehjelpen det antas at vedkommende ville takket ja til. Sykepleieren må ta hensyn til at det kan være gode grunner til at pasienten motsetter seg helsehjelpen (Helsedirektoratet, 2008). Pasienten i casen motsetter seg hjelpen hun blir tilbudt. Derfor kan sykepleieren vurdere om tvangsvedtak er nødvendig for å ivareta pasienten sin personlige hygiene.

2.1.4 Samtykkekompetanse

I pasient- og brukerrettighetsloven (1999) paragraf 4-3 beskrives det hvem som har samtykkekompetanse. De som har fysiske eller psykiske forstyrrelser, demens eller er psykisk utviklingshemmet kan helt eller delvis miste sin samtykkekompetanse, så lenge de ikke er i stand til å forstå hva samtykkekompetanse omfatter. Det er sykepleiere i samarbeid med lege som fastslår om pasienten mangler samtykkekompetanse. Pasienten i casen er fratatt sin samtykkekompetanse når det gjelder personlig hygiene, fordi hun mangler innsikt i egen situasjon.

2.2 Sykepleierens funksjon i demensomsorgen

Sykepleierens rolle i møte med pasienter med demens er å ha en veiledende og støttende funksjon og i tillegg gi opplæring til andre ansatte (Lejman, Westerbotn, Pöder og Wadensten, 2012). Under stell av pasienter med demens kreves det spesialkunnskap hos sykepleieren. I fagmiljøet skal sykepleierne kunne vurdere og reflektere over vanskelige situasjoner for å finne gode løsninger. At sykepleieren bidrar til at pasienten kan opprettholde sin autonomi og verdighet, samtidig som den personlige hygien ivaretas, bør være en selvfølge (Borge, 2011).

2.2.1 Kommunikasjon

Kommunikasjon må bestå av minst to parter hvor både det verbale og nonverbale må fortolkes. Signalene kan tolkes på ulike måter fra person til person, og kan oppleves som vennlig, inspirerende, oppmuntrende, provoserende, vondt, usympatisk, sårende med mer (Eide & Eide, 2007). Kommunikasjon kan skape både nærhet og trygghet, uklarhet, forvirring og angst (Wogn-Henriksen, 2008).

Problemer med kommunikasjon i demensomsorgen er vanlig, og dette er vanskelig for både pasientene og sykepleierne (Berentsen, 2008). Som yrkesutøvere bruker vi profesjonell kommunikasjon. I sykepleieryrket er dette kommunikasjon som skal «være hjelpende, i den forstand at den er både faglig velbegrunnet og til hjelp for den andre» (Eide & Eide, 2007, s.18). Wogn-Henriksen (2008) skriver at sykepleiere må kunne gi og ta informasjon, forstå hva den andre kommuniserer, trøste og forklare. Kommunikasjon er helt grunnleggende i den jobben man gjør som sykepleier og i livet ellers.

En svekket kognisjon kan medføre større eller mindre grad av svikt i evnen til verbal og nonverbal kommunikasjon, oppfattelse, korttids- og langtidshukommelse, oppmerksomhet, persepsjon (sanseoppfatning fra omverdenen) og forståelse (Eide & Eide, 2007). De som har demens kan ha vanskeligheter med å forstå betydningen av det vi sier. Vi må derfor snakke i et tempo som lar pasienten oppfatte det vi kommuniserer og se til at vedkommende forstår det som formidles. Når pasienten ikke forstår hva vi sier kan det oppstå misforståelser. Dette kan føre til redsel og angst slik at pasienten kan sparke, rope og slå (Berentsen, 2010). Fordi store deler av kommunikasjonen foregår gjennom kroppsspråket, må man være oppmerksom på at kroppen uttrykker det ordene sier (Solheim, 2010). Dobbeltkommunikasjon kan skape usikkerhet, fordi kroppsspråket ikke samsvarer med ordene (Berentsen, 2008). Når man kommuniserer med demensrammede er det best å stimulere minst mulig sanser. Om man prater, burde kroppen være i ro, og når kroppen brukes holdes munnen i ro (Sejerøe-Szatkowski, 2004).

Reminisens, validering og realitetsorientering er tre hovedmåter å kommunisere på i demensomsorgen (Wogn-Henriksen, 2008). Reminisens er minnearbeid hvor man jobber med å formidle minner. Enkelt minnearbeid som ofte brukes i demensomsorgen går ut på å erindre opplevelser, følelser, episoder og ting fra de var yngre. Denne formen for reminisens kan styrke selvfølelsen og skape et fellesskap. Enten når man sitter i grupper eller samtaler en til en. Gjennom minnearbeid får pasienten en bekreftelse på hvem hun er og hvem hun har vært. Dette kan styrke identiteten og egenverdet (Berentsen, 2010). Det er flere ting som kan vekke minnene; blant annet lukt, lyd, bilder og smaker. Identiteten vår er knyttet til alle erfaringene vi har gjort bevisst og ubevisst i løpet av livet. Fordi den som er rammet av demens husker fortiden bedre enn nåtiden, kan reminisens skape trygghet i nåtiden. Mange har et kaos inni seg, men når de blir minnet på hvem de er og hvor de kommer fra kan det skape trygghet i nåtiden (Sejerøe-Szatkowski, 2004). Gjennom reminisens kan sykepleieren minne pasientene på deres tidligere kompetanse noe som kan gi selvtillit og ha en positiv innvirkning på selvfølelsen. I utgangspunktet skal denne formen for kommunikasjon brukes for å huske og minnes positive ting og ikke det som er vondt eller traumatisk (Wogn-Henriksen, 2008).

Validering går ut på å bekrefte og forstå de følelsene en pasient prøver å uttrykke gjennom det vedkommende sier eller gjør. Sykepleieren lytter uten fordommer og viser pasienten at vedkommende aksepterer pasienten sin måte å se verden på (Berentsen, 2010). Sejerøe-

Szatkowski (2004) skriver at validering er den eneste av kommunikasjonsredskapene i demensomsorgen som utelukkende baserer seg på å bearbeide følelsene til den som er rammet av demens. Uten å uttrykke sin egen mening, aksepterer og bekrefter sykepleieren følelsene som pasienten har i situasjonen. Sykepleieren arbeider med følelsene bak opplevelsen, og dette krever en stor grad av empati. Validering utnytter den følelsesmessige hukommelsen hos pasienten, fordi denne er i stor grad bevart i forhold til den intellektuelle (Sejerøe-Szatkowski, 2004). Sykepleieren skal ikke korrigere pasientens oppfatning på hva som er sant eller ikke. Ved å lytte til hva pasienten sier og uttrykker, kan denne kommunikasjonsformen føre til forståelse og nærhet (Wogn-Henriksen, 2008).

Vesentlige kjennetegn ved demens er at orienteringsevnen svikter og at korttidshukommelsen blir redusert. En konsekvens av dette kan være at pasienten mister oversikt over tid, sted og situasjon. Pasientens evne til realitetsorientering svekkes slik at drøm og virkelighet, nåtid og fortid, ønsketenkning og virkeligheten blandes. Dette kan påvirke kommunikasjonen i den grad at pasienten kan bli mistenksom og kan få vrangforestillinger (Wogn-Henriksen, 2008).

Godt synlige klokker, kalendere og navneskilt på rommet kan være til hjelp. For noen pasienter hjelper det at sykepleieren aktivt minner dem på tid, sted og navn. Realitetsorientering kan også benyttes i stellsituasjoner. Når pasienten har vrangforestillinger kan realitetsorientering korrigere dette ved å gi en mer konsis opplevelse av virkeligheten. Dette kan i noen tilfeller bidra til å gi pasienten bedre mestring i hverdagen (Wogn-Henriksen, 2008).

2.2.2 Etisk dilemma

Sykepleiere kan i arbeid med pasienter med demens ofte havne i etiske dilemma. Et etisk dilemma oppstår i en situasjon der valget mellom to eller flere verdier blir satt opp i mot hverandre og begge alternativene er ønsket, eller begge har uønskede konsekvenser (Slettebø, 2005). Etikken kan ikke alltid hjelpe oss til å ta rett avgjørelse, men ved hjelp av etikk kan valgmulighetene bli tydeligere og belyse hvorfor noen valgmuligheter er bedre enn andre (Slettebø, 2009). Innen medisinsk etikk inngår de fire prinsippers etikk. Hvert av prinsippene blir omtalt som en plikt. De fire prinsippers etikk er, Velgjørenhet, som er plikten til å være god mot andre. Ikke skade, som er plikten til å unngå å skade noen. Autonomi, som er plikten til å respektere avgjørelsene til en autonom person, og rettferdighet som er plikten til å utføre

formell rettferdighet og fordelingsrettferdighet (Brinchmann, 2005). Som nevnt i avgrensingen fokuserer vi på autonomi og velgjørenhetsprinsippet, i tillegg til paternalisme.

Autonomi kan forstås på tre ulike måter, som et prinsipp, en egenskap eller en rettighet. Som et prinsipp vil autonomi innebære at personens ønsker og behov blir respektert når medisinske eller sykepleiefaglige beslutninger skal tas. Som en egenskap vil autonomi være knyttet til pasientens evne til å handle i samspill med egne ønsker og planer. Autonomi som en rettighet, innebærer at pasienten har krav på å få sine valg respektert (Slettebø, 2009). Muligheten til å kunne foreta autonome valg vil variere ut i fra forskjellige situasjoner i livet. Hos en pasient med demens kan ønsker og valg variere på grunn av sykdomsbildet. For eksempel kan dette gi utslag i at pasienten i et øyeblikk ønsker å motta hjelp, for så å nekte å motta hjelp. Dette kan ha en sammenheng med pasientens manglende evne til å forstå helheten og konsekvensene av sine valg (Rokstad, 2009). Etter hvert som sykdommen progredierer vil det ha en innvirkning på evnen til å bearbeide informasjon. I enkelte tilfeller kan likevel pasienten være svært klar på områder som angår deres egen situasjon, derfor er det viktig at hver enkelt situasjon vurderes slik at pasientens rett til medbestemmelse ikke blir fratatt i alle situasjoner (Rokstad, 2009).

Velgjørenhet er et gammelt prinsipp i medisinsk etikk. Det er ikke alltid pasienten har forutsetning til å kunne ta egne valg. Noen ganger kan sykepleieren oppleve at pasienten tar beslutninger som kan få så uheldige konsekvenser at det vil stride i mot sykepleierens plikt til å hjelpe. Velgjørenhet er et prinsipp som krever aktiv handling med hensikt til å beskytte og forsvare pasientens rettigheter, forebygge skade hos pasienten, hjelpe pasienten ved skader, fjerne tilstander som kan forårsake skade hos pasienten og redde pasienten i fare (Slettebø, 2009).

Paternalisme kan oversettes med far bestemmer. Paternalisme innebærer at sykepleieren griper inn i pasientens handlefrihet når pasienten mangler forutsetning for å kunne se konsekvenser for egne valg. I slike tilfeller kan paternalisme bli brukt for å avverge situasjoner som kan føre til krenkelse ovenfor pasienten. Dette betyr imidlertid ikke at paternalisme gir en fullmakt til å overkjøre pasientens behov og ønsker. Det blir stilt høye etiske krav til hvordan paternalistiske handlinger utøves (Rokstad, 2009). Brinchmann (2005) skriver at paternalistiske holdninger hos sykepleieren blir sett på som negativt, men at svak paternalisme

er godtatt i tilfeller der pasienten ikke evner å se sitt eget beste. Selv om hovedregelen er å unngå bruk av paternalisme, må forholdet mellom autonomi, sårbarhet og integritet veies mot hverandre. Målet er å unngå å krenke pasientens integritet, men samtidig må det vurderes opp mot sykepleierens fagkunnskaper (Brinchmann, 2005).

2.2.3 Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsen vektlegger omsorgen til pasientene og ikke bare det praktiske innen sykepleieyrket. Vi mener at hennes omsorgsteori kan overføres til demensomsorgen, derfor har vi valgt å trekke inn dette i vår oppgave.

I sin omsorgsteori fremstiller Martinsen (2003a) omsorg som det mest naturlige og grunnleggende ved menneskets eksistens. Omsorg er et relasjonelt begrep, som er forbundet med å hjelpe og ta hånd om andre. Det har med nestekjærlighet å gjøre og følelsen av å stå andre nær. Det mellommenneskelige forholdet er betydningsfullt, siden omsorg er en sosial relasjon. Martinsen (2003a) skriver at omsorgsarbeid i sykepleien er hovedsakelig rettet mot pasienter som ikke er selvhjulpne og sykepleieren har en plikt til å gi ivareta disse pasientene. Dette kan vi relatere til pasienter med alvorlig grad av demens. De klarer ikke lenger å ivareta sine grunnleggende behov og trenger pleie og oppfølging gjennom hele døgnet (Kirkevold et al., 2010). Videre skriver Martinsen (2003a) at måten sykepleieren møter pasienten på er svært viktig. Når det gjelder personer med demens er det vesentlig at man tilnærmer seg pasienten varsomt. Det er avgjørende at man tar utgangspunkt i det pasienten er oppmerksom på der og da og benytter bekreftende kommunikasjonsferdigheter (Eide & Eide, 2007). Det er en selvfølge at møtet er bygget opp av kunnskaper, men dette er ikke nok alene, sykepleieren må også tilegne seg dyktige ferdigheter i praksis. Fagkunnskaper og praktiske ferdigheter går sammen og blir til en enhet. På denne måten kan sykepleieren utøve et godt omsorgsarbeid (Martinsen, 2003a).

Hovedfokuset med behandlinger i de forskjellige helseinstitusjonene ligger på å løse pasientens helseproblemer. Dette beskriver Martinsen (2003a) som resultatsikker omsorg. For å inkludere de eldre og svake pasientene, må solidaritet inkluderes i omsorgen. Kronisk syke og eldre, er pasienter som har helseproblemer som ikke kan løses. De har behov for vedlikeholdsomsorg, såkalt resultatløs omsorg. Ved vedlikeholdsomsorg forventes det ikke at pasienten skal bli selvhjulpne, men å unngå forverring og opprettholde funksjonsnivået. Den

omsorgen som utøves til pasienter omtaler Martinsen (2003a) som betingelsesløs. Betingelsesløs omsorg er når sykepleieren ikke forventer omsorg tilbake fra pasienten, men gir omsorgen ut ifra verdier som barmhjertelighet og solidaritet. Vi kan alle havne i en situasjon der vi selv kan få behov for pleie og omsorg. I følge Martinsen (2003a) ligger denne tanken ubevisst til grunn når vi utøver omsorg for andre. I en stellsituasjon blir det vektlagt å gjøre det så bra som mulig for pasienten her og nå (Martinsen, 2003a). Å bruke evner som medfølelse, barmhjertighet, tillit og ærlighet i møte med pasienten sammen med sine fagkunnskaper, vil resultere i riktig og god behandling av pasienten (Martinsen, 2003b). Det Martinsen skriver om betingelsesløs omsorg, kjenner vi oss igjen i etter vår praksis på skjermet avdeling.

2.2.4 Yrkesetiske retningslinjer

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleierne er utarbeidet av to grunner. Sykepleiere trenger interne grunnregler som alle retter seg etter, og befolkningen forøvrig skal kunne føle seg trygg på at det er en høy etisk standard på sykepleien som utøves (Slettebø, 2009). Retningslinjene har standarder og normer sykepleierne skal følge og de gir en god ledetråd på hva som skal vektlegges i vanskelige situasjoner (Slettebø, 2009). De fire sentrale ansvarsoppgavene til sykepleiere er «Å fremme helse, å forbygge sykdom, å gjenopprette helse og å lindre lidelse» (Slettebø, 2009, s.17). De yrkesetiske retningslinjene er et godt verktøy som kan brukes i etiske diskusjoner og sikre en god sykepleiepraksis. I etiske dilemmaer kan sykepleieren bruke de yrkesetiske retningslinjene som veiledning for å finne en god løsning. Ved å bruke de yrkesetiske retningslinjene vil dette øke den etiske bevisstheten til sykepleieren (Norsk sykepleierforbund, 2011). For å diskutere vår problemstilling kommer vi ikke utenom å trekke inn de etiske retningslinjene. Vi vil finne den beste løsningen for pasienten, samtidig som vi må utøve en faglig forsvarlig praksis.

2.3 Tvang i demensomsorgen

Flere undersøkelser viser at bruk av tvang i demensomsorgen er mer utbredt enn hva som kan faglig forsvares. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse har dokumentert og kartlagt bruken av tvang i demensomsorgen (Johnsen & Smebye, 2008). Det var i juni 1999 at de fikk i oppdrag å undersøke og kartlegge utbredelsen av tvangsbruk på norske aldersinstitusjoner (Kirkevold, 2005). I boken til Kirkevold (2005) er tvang definert som:

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

Under undersøkelsen kom det frem at i løpet av en ukes tid ble 45% av pasientene på skjermede enheter, og 37% av pasientene på somatiske avdelinger utsatt for et tvangstiltak. Det var snakk om tilsetning av medisiner i mat og drikke, tvang under daglige aktiviteter og mekaniske tvangstiltak (Johnsen & Smebye, 2008). Gjennom undersøkelser er det funnet ut at det er en sammenheng mellom fysisk tvang og hjelpeløshet. Dette er pasienter som trenger hjelp til hverdagslige aktiviteter. Adferd som vandring, aggresjon eller agitasjon er mest knyttet sammen med bruken av fysisk tvang (Engedal, Kirkevold, Eek & Nygård 2002).

Tvang beskrives som et tiltak pasienten ikke har godkjent og som vedkommende motsetter seg. Sykepleiere må aldri bruke tvangstiltak som enkleste løsning ved krevende adferd. Hvis beslutning om tvang er aktuell, skjer dette i samarbeid med ansvarlig lege (Fjørtoft, 2006). Under enhver situasjon hvor tvang kan være en løsning, skal det tilstrebes frivillighet. Tvang er sjeldent ønskelig, men kan i noen tilfeller være en løsning. Hos pasienter med demens som mangler samtykkekompetanse, kan det ytes helsehjelp om helsehjelpen anses som nødvendig. Om pasienten bevarer sin motstand kan man skrive vedtak om helsehjelp. Etter en helhetsvurdering om dette er til det beste for pasienten, kan helsehjelp gis. Når vilkårene i loven ikke lenger er til stede, skal tvangsbruken straks oppheves (Molven, 2011). Vårt mål med sykepleien er å finne den beste løsningen for pasienten, samtidig som sykepleien skal være faglig forsvarlig.

2.3.1 Forskningsfunn

I studiene vi har valgt ut, viser det seg at tvang er gjennomgående for demensomsorgen. Dette på tross av at den nye paragrafen i pasient- og brukerrettighetsloven har til hensikt å redusere bruken av tvang. Her presenterer vi hovedfunnene i studiene.

I studien til Hem et al (2010) var hensikten å beskrive de situasjonene man oftest kommer borti, når det gjelder pasienter med demens som motsetter seg hjelp. De kom frem til at stell av negler, vask, dusj og munnstell var de situasjonene som var mest gjennomgående når pleierene i studien ble intervjuet. Hovedfunnene er at grensen mellom frivillighet og tvang ofte er uklare. Dette kan føre til at stellsituasjoner fort kan gå over i tvang. I forhold til de nye bestemmelsene er dette et problem, fordi tvang kun kan ytes når det foreligger vedtak. For at pasientene skal føle at de er delaktige og har kontroll, kan pleierne gjøre en forskjell ved at de prioriterer å bygge relasjoner til pasientene (Hem et al., 2010).

I oppfølgingsstudien til Hem et al. (2010) ønsket Gjerberg, Hem, Førde og Pedersen (2013) å finne ut av hvordan ansatte på sykehjem håndterer utfordrende situasjoner hvor pasientene motsetter seg omsorg og behandling. I tillegg ville de finne ut av hvilke strategier og alternativer som blir brukt, og hvilke forhold som blir sett på som nødvendige for å forebygge bruken av tvang. For å unngå bruk av tvang kom de frem til at det er viktig med nok tid til hver enkelt pasient, derav nok ansatte. Flexibilitet i forhold til andre arbeidsoppgaver og ha faste ansatte på jobb, var også en viktig forutsetning for å forebygge bruken av tvang. De ansatte må i tillegg ha gode kunnskaper om pasientene og sykdommen. Kompetanse og kontinuitet er ord som går igjen hos de ansatte. For at ambisjonene for pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A skal utføres riktig, er det også et behov for å legge til rette for dette (Gjerberg et al. (2013).

Egede- Nissen, Jakobsen, Sellevold & Sørli, (2012) har undersøkt hva som kjennetegner god omsorg med demente pasienter på sykehjem. Tid var et viktig tema som kom frem. Tid til å prate med kollegaer om hva som kan forbedre pasientenes situasjon, hva som fungerer og hva som ikke fungerer. Å finne roen og bruke tid på pasientene selv om dagen er stressende, var også en viktig forutsetning for god omsorg. Å finne roen med pasientene var vesentlig for å ha det fredelig på avdelingen. Noe annet som var viktig hos pasienter med demens var at de fikk

bestemme over sin egen tid. Ville de sove litt lenger på morgenen, så fikk de lov til det. Konklusjonen i denne studien er derfor at tid er viktig for god omsorg hos pasienter med demens (Egede- Nissen et al., 2012).

Studien til Lejman et al (2013) beskriver hvordan sykepleiere på sykehjem sørger for god og trygg sykepleie til pasienter med demens, uten å undertrykke integriteten og rettsikkerheten til pasienten (autonomi). Denne studien går ut på tvang ved å hindre bevegelsesfrihet for å forebygge fall og komplikasjoner tilhørende fall. De kom frem til at det fortsatt brukes tvang for å forsikre at pasientene får god og trygg sykepleie, selv om dette ikke lenger er lov i Sverige. Hovedfunnene i studien var at om man skal forhindre tvang, trengs det flere sykepleiere med gode kunnskaper om demens, og flere ansatte på jobb (Lejman et al., 2013).

I studien til Garden og Hauge (2012) var hensikten å finne ut hvordan sykepleierne selv opplevde å bruke tvang. Det var flere ting som hadde betydning for når de brukte tvang. For eksempel når pasientene ikke ville stille seg. Da følte sykepleierne at det var deres jobb å ivareta verdigheten til pasienten. Ved fysisk utagering ble tvang utført ved å holde pasientene fast. Når pasientene ble voldelige i slike situasjoner aksepterte sykepleierne ofte aggressiviteten og vold mot egen person (Garden & Hauge, 2012). Sykepleierne opplevde også tidsmangel fordi de var de eneste sykepleierne på jobb, og mangel på kompetanse og arbeidspress forsterket opplevelsen av en travel hverdag. Også kunnskap blant personalet på jobb hadde betydning for bruken av tvang. En sykepleier sa «I og med at jeg er den eneste sykepleieren som er på avdelingen, så følte du litt at kunnskapsnivået var litt lavt» (Garden & Hauge, 2012, s.20). Studien viser at sykepleierne opplevde skyld, skam og sinne ved bruk av tvang mot pasientene. De ville bare pasienten sitt beste, men det beste for pasienten var ofte uavklart. Kunnskaper, evner og nok tid til å nå frem til pasientene i hverdagen, var noe av det som påvirket tvangsbruken (Garden & Hauge, 2012).

2.3.2 Tillitsskapende tiltak

Før man i det hele tatt kan gi helsehjelp til personer som motsetter seg hjelp, må tillitsskapende tiltak ha vært forsøkt (Helsedirektoratet, 2008).

Tillitsskapende tiltak kan forstås som en tilnærming til pasienten og vedkommende sin problematikk, som er basert på god og faglig sykepleie. Man må prøve å oppnå et felleskap, slik at pasienten ikke motsetter seg den helsehjelpen som er nødvendig på et irrasjonelt grunnlag (Johnsen & Smebye, 2008). Tillitsskapende tiltak kan brukes i en bestemt situasjon, eller over tid. Ved bruk av tillitsskapende tiltak over tid, kan det føre til at helsepersonellet oppnår generell tillit hos pasienten. Noe som kan medvirke til at pasienten ikke lenger motsetter seg helsehjelpen som blir tilbudt (Helsedirektoratet, 2008).

3 Metode

Metoden er et verktøy for å finne ut av noe. Den hjelper oss til å innhente den informasjonen vi trenger og er en retningslinje på hvordan vi skal nå målet (Dalland, 2012).

Sosiologen Vilhelm Aubert sier at «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder» (sitert i Dalland 2012, s 111).

Før en forsker kan trekke konklusjoner, stilles det strenge krav til bevisene han legger frem. Vedkommende kan ikke basere seg på egne synspunkter eller oppfatninger, men må bruke en metode for å sannsynliggjøre om teorien stemmer overens med virkeligheten eller ikke (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010).

Vi har kvalitetsvurdert artiklene vi har funnet, og presenterer derfor forskjellen på kvalitative og kvantitative metoder innen samfunnsvitenskapelig forskning.

Innen den samfunnsvitenskapelige metoden er det en forskjell mellom kvalitativ og kvantitativ metode (Johannessen et al., 2010). Når man samler inn data for å ende opp med statistikk, prosenter og tall, er dette en kvantitativ metode. Spørreskjemaene består av faste svaralternativer og innsamlingen av data skjer uten direkte kontakt (Dalland, 2012). Ved kvalitative undersøkelser er man ute etter å gå i dybden, den lar seg ikke tallfeste eller måle. Opplevelser, følelser og meninger er noe av det man er ute etter å avdekke. Kvalitative undersøkelser består av ustrukturerte observasjoner og intervjuer hvor personene ikke har faste svaralternativer å forholde seg til (Dalland, 2012).

3.1 Litteraturstudie

I retningslinjene til bacheloroppgaven står det at dette skal være en fordypningsoppgave basert på litteratur. Vi skal blant annet legge frem forskningsprosessen gjennom litteratursøk og vise til erfaringer fra praksis. Det vil si at dette er en litteraturstudie.

Litteraturstudie er basert på skriftlige kilder hvor man bruker andre sin teori og forskning for å få svar på en problemstilling. Problemstillingen kan ta utgangspunkt i noe man har opplevd i praksis eller noe man har lest som har vekket interessen (Dalland, 2012). Oppgaven er en

litteraturstudie, men det er det krav til at arbeidet skal være metodisk, slik som det er i en forskningsprosess (Dalland, 2012).

3.2 Litteratursøk

Søket etter litteratur startet i Google Scholar, for å se om det fantes mye innen temaet demens og tvang. Vi fikk over tusen resultater. Før vi fortsatte søket etter litteratur, lette vi igjennom pensumlitteraturen for sykepleierstudiet. Mange av bøkene som har vært pensum disse årene omhandler demens, etikk og kommunikasjon, men lite om tvang i demensomsorgen. Vi fortsatte med å søke i Oria for å få en oversikt over bøker som finnes om temaet vi har valgt. Vi brukte søkeord som demens, etikk, tvang og sykehjem. For å avgrense søkeresultatet, valgte vi å søke i bøker etter 2002. Vi fant flere aktuelle bøker, og de vi har benyttet oss mest av er; Personer med demens (Rokstad & Smebye, 2008), Omsorg, sykepleie og medisin (Martinsen, 2003), Demens- Kommunikasjon og samarbeid (Sejerøe-Szatkowski, 2004), Demensboka (Berentsen, 2008) og studiehefter fra demensomsorgens ABC (Engedal, 2010; Rokstad, 2009; Solheim, 2010; Berentsen & Solheim, 2009).

For å finne forskning har vi brukt databaser som Oria, Pubmed, SveMed+ og Chinal Fulltekst i EBSCO host. Vi gjorde også et søk på www.sykepleien.no med ordene demens og tvang. Der fant vi studien til Hem et al (2010). Den har vi ikke har inkludert i vedlegg 1, fordi dette ikke er en internasjonal database vi har søkt på gjennom skolen. De resterende forskningsartiklene og fagartikkelen fant vi ved å bruke Chinal Fulltekst i EBSCO host. For å finne MESH termer brukte vi SveMed+. De norske søkeordene vi var ute etter å finne MESH termene til var Alzheimers, demens, brukermedvirkning, kommunikasjon, sykehjem, sykepleie- pasient- forhold, tillit, tillitsskapende tiltak, og tvang. MESH termene vi fikk opp i SveMed + var Alzheimer disease, dementia, dementia patients, patient participation, communication, nursing homes, nursing care facilities, nurse- patient- relations, trust og coercion. Tillitsskapende tiltak fant vi ingen MESH term på, men det engelske ordet confidence- building measures var det nærmeste vi kom. Kriteriene vi brukte for å velge ut studiene var; de måtte være sykepleieartikler, studiet må ha vært gjennomført i Norden, ikke eldre enn 2010, de skulle handle om personer med demens på sykehjem og hvordan redusere bruken av tvang. For fullstendig søkehistorie, se Vedlegg 1.

2.3 Kildekritikk

Vi har i den grad det er mulig brukt primærlitteratur. Dalland (2012) skriver at man så langt det lar seg gjøre, skal bruke primærkilder slik at man ikke står i fare for å gjenta eventuelle unøyaktigheter som står i sekundærkilden. Vi har erfart at det noen ganger er vanskelig å finne primærlitteratur og har da brukt sekundærlitteratur. Pensumbøkene våre er i noen tilfeller sekundærlitteratur, og derfor ser vi på dette som et passende andrevalg.

Verdens helseorganisasjon har utviklet et system som kalles ICD-10. ICD- 10 er et internasjonalt klassifikasjonssystem for sykdommer og helsetilstander (WHO,1999). Bøkene vi har valgt å benytte oss av, viser til ICD- 10 klassifikasjonssystemet når de beskriver symptomer på demens. Derfor anser vi bøkene som pålitelige kilder i forhold til dette.

For å kritisk vurdere studiene vi har funnet, brukte vi boka til Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim og Reinar (2012). Alle studiene vi har funnet er kvalitative, og i boken anbefaler Nortvedt et al (2012) å bruke sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning. Sjekklisten fant vi på www.kunnskapscenteret.no. De fleste forskningsartiklene er bygd opp etter IMRAD-prinsippet. Disse forkortelsene står for Introduksjon, Metode, Resultat og Diskusjon. I tillegg er det ofte et sammendrag (Nortvedt et al., 2012). Alle artiklene vi har valgt ut er bygd opp etter IMRAD- prinsippet.

Artiklene vi valgte er ikke eldre enn 2010. Fire av artiklene er fra 2012 til 2013. Dette viser at de er høyst aktuelle i dag. Alle forfatterne har gitt ut flere enn en forskningsartikkel. Flertallet har gitt ut fler enn fire. Studiene de har publisert er for det meste kvalitative studier som omhandler pasienter, helsepersonell og etikk. Vi ser derfor på våre artikler som pålitelige, valide og de har en overføringsverdi til praksis.

Artikkelen til Hem et al (2010) fant vi på www.sykepleien.no. Alle forfatterne i artikkelen er ansatt ved Seksjon for medisinsk etikk, ved det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo. De er alle forskere med forskjellige grader innen sykepleie, medisin og sosiologi. Denne artikkelen er den eneste fra før 2012 som vi bruker, men funnene i forskningen belyser vår oppgave med å si noe om hvor lett en situasjon kan vippe mellom frivillighet og tvang i situasjoner som omhandler stell. En kvalitativ tilnærming er hensiktsmessig å bruke, fordi

artikkelen beskriver et fenomen som i dette tilfellet er grenseland mellom frivillighet og tvang. Metoden og analysen av materialet de samlet inn er godt forklart i teksten. Forskerne har brukt fokusgruppeintervjuer hvor seksti deltakere fra fem sykehjem deltok. Deltakerne kom fra forskjellige yrkesgrupper innen pleie og omsorg. Deltakerne er ikke observert i stellsituasjoner med pasientene, noe som kunne ha vist hvordan de forteller om sin utøvelse, sammenlignet med hvordan de faktisk gjør det (Hem et al., 2010).

Oppfølgingsstudien til Hem et al (2010), som er skrevet av Gjerberg et al (2013), er gitt ut i *Nursing Ethics* som er et internasjonalt vitenskapelig tidsskrift for helsepersonell hvor alle artiklene blir fagfelleurdert (peer reviewed). I studien ble det inkludert fem sykehjem og tilsammen seksti ansatte. Fordi det er flere sykehjem og flere ansatte som deltar, gir dette et oversiktsbilde som vi antar gjelder flere sykehjem. Forskerne har analysert og katalogisert svarene de fikk, og fått svar på problemstillingen sin. Problemstillingen var å finne ut hvordan de ansatte håndterte utfordrende situasjoner med pasienter med demens, og hvilke metoder de ansatte brukte for å unngå tvang. Denne studien er derfor meget relevant for vår problemstilling. Forfatterne skriver selv at svakheten med denne studien er at det kun er ansatte som er intervjuet, og ikke pasientene selv eller pårørende, som kunne ha kommet med andre synspunkter og opplysninger (Gjerberg et al., 2013).

Studien til Egede-Nissen et al (2012) er i likhet med flere av våre utvalgte forskningsartikler utgitt i *Nursing Ethics*. De som gjennomførte denne studien mottok 139.000 kroner fra en ikke-statlig organisasjon for folkehelse. I denne studien ble totalt tolv helsepersonell fra to sykehjem intervjuet om hva som kjennetegner god omsorg innen demensomsorgen. De har brukt en narrativ analyse av materialet og har forklart hvordan denne metoden organiserer materialet de har funnet. Konklusjonen om at nok tid er viktig i arbeidet med pasienter med demens, er det samme som trekkes inn i flere av våre forskningsartikler. Derfor ser vi på denne studien som valid og dekkende, på tross av at det bare er tolv personer som er inkludert i studien. I forhold til vår problemstilling om hvordan man kan redusere bruk av tvang, er funnene i denne studien relevant for vår oppgave.

I studien til Lejman et al (2013) deltok ti sykepleiere fra ti forskjellige sykehjem. De fikk 8 spørsmål hver som gikk ut på hvordan de kunne opprettholde god og trygg sykepleie i forhold til bruk av tvang. Sykepleierne som deltok hadde forskjellig alder og erfaring. Forfatterne har

laget tre tabeller for å katalogisere materialet de samlet inn under intervjuene. Dette hjelper oss som leser til å få en ryddig oversikt. Selv om de tar for seg tvang i forhold til å hindre fall, underbygger det at tvang fortsatt forekommer. På tross av at det bare er en sykepleier fra hvert sykehjem som deltar i studien, har vi inntrykk av at de som deltok er veldig ærlige om bruken av tvang. Studien er fra Sverige og viser det samme som studier fra Norge om at tvang fortsatt forekommer. De alternative metodene for å minimalisere bruken av tvang kan overføres til vår oppgave, fordi vi skal finne ut hvordan sykepleieren i casen kan begrense bruk av tvang.

Studien til Garden og Hauge (2012) er originalt gitt ut i det nordiske tidsskriftet *Vård i Norden* som utgis av Sykepleiernes Samarbeid i Norden (SSN). Forfatterne er begge autoriserte sykepleiere, og har mastergrad i sykepleievitenskap. En av dem har erfaring fra demensomsorgen. Det var åtte forskjellige sykepleiere fra åtte forskjellige kommuner som deltok i studien. Kriteriet for å være med var at de alle jobbet direkte med pasienter som hadde demens. Forfatterne benyttet seg av individuelle dybdeintervjuer, for å få frem sykepleiernes opplevelse ved bruk av tvang. Fordi det bare var åtte sykepleiere er det vanskelig å si om denne studien viser et helhetlig bilde. Ut i fra samtaler med veiledere i praksis og egne erfaringer, speiler denne studien vår oppfatning om at det er følelsesmessig ubehagelig å bruke tvang. Denne studien passer inn i vår oppgave fordi den viser til sykepleierens følelser ved bruk av tvang, noe som trekkes inn i det etiske dilemmaet.

I tillegg til forskningsartiklene har vi funnet en fagartikkel fra Jootun og McGhee (2011). Denne beskriver hvordan man kan oppnå god kommunikasjon og hvilke egenskaper en sykepleier bør ha i kommunikasjonen med personer med demens. For å kommunisere effektivt med pasienter med demens, kan man bruke noen av retningslinjene de skriver om i artikkelen. Denne har en overføringsverdi til praksis og derfor har vi valgt å ta med denne i oppgaven vår.

4 Drøfting

Under det etiske dilemma ser vi nærmere på de etiske prinsippene vi har valgt, og setter de opp mot hverandre. Sykepleieren kan ved hjelp av de etiske prinsippene komme frem til forskjellige løsninger som alle vil gi ulike utfall. Under kommunikasjonsevner viser vi hvordan de forskjellige kommunikasjonsmetodene både har fordeler og ulemper i praksis. I siste delen av drøftingskapittelet diskuterer vi hvordan sykepleieren kan tilrettelegge for pasienten, og om hvilke muligheter sykepleieren har for å redusere bruk av tvang. Det er i hovedsak i den siste delen av drøftingen vi trekker inn studiene vi har funnet.

4.1 Det etiske dilemma

I etiske dilemma blir verdiene satt opp mot hverandre. Selv om de ulike løsningene er ønskelige, kan de medføre konsekvenser som er uønskede (Slettebø, 2005). I dette tilfellet vil løsningen enten gå utover pasienten sin rett til selvbestemmelse eller sykepleieren sitt ønske om og plikt til å hjelpe.

Velgjørighet er plikten til å gjøre godt mot andre (Brinchmann, 2005). Før var oppfatningen at sykepleiere visste best og tok avgjørelsen for pasienten. Nå som autonomien står sterkt i medisinsk etikk, er ikke velgjørighetsprinsippet så synlig lenger. Rokstad (2009) stiller spørsmål om velgjørighet er til det beste for pasienter med demens. Sykepleieren tar et valg for pasienten, ut ifra hva vedkommende mener er til det beste. Ulempen med velgjørighet er at sykepleieren ikke kan vite konsekvensene av å bruke velgjørighet på forhånd. Vi tolker det slik at velgjørighet gjelder både autonomi og paternalisme. Sykepleieren kan velge å ivareta pasienten sin autonomi, fordi sykepleieren mener dette er det viktigste og handler derfor ut i fra hva som er til det beste for pasienten. Det medfører at sykepleieren ser bort i fra pasientens behov for stell. Konsekvensene kan da bli at pasienten utvikler sopp, sår og UVI. Velger sykepleieren paternalisme, svekker dette pasienten sin integritet, men forebygger at pasienten får fysiske helseproblemer. I studien til Garden og Hauge (2012) ga sykepleierne uttrykk for at det i mange situasjoner var vanskelig å avgjøre hva som var til det beste for pasienten. Uansett hvilket alternativ sykepleieren velger, vil det medføre uønskede konsekvenser. Det er ikke i alle tilfeller det lar seg gjøre at pasienten bestemmer selv (Slettebø, 2009). Fordi pasienten i casen ikke ser konsekvensene av å nekte stell, er hun vurdert til å ikke ha samtykkekompetanse på dette området. Fordi en demenssykdom påvirker egenskapen til å

bearbeide informasjon, kan pasientens valg få store konsekvenser. Utfallet av at pasienten får bestemme selv, kan gå på akkord med sykepleierens samvittighet og plikt til å hjelpe (Rokstad, 2009; Slettebø, 2009). I praksis opplevde vi at de ansatte valgte å stille pasienter, selv om de reagerte negativt. Når vi stilte spørsmål vedrørende dette, var inntrykket at de gjorde det de mente var til det beste på vegne av pasienten. Derfor ble det ikke tatt hensyn til pasienten sin rett til selvbestemmelse under stell. Rokstad (2009) stiller spørsmål om velgjørenhet er til det beste for pasienter med demens. Sykepleieren tar et valg for pasienten, ut ifra hva vedkommende mener er til det beste. Ulempen med velgjørenhet er at sykepleieren ikke kan vite konsekvensene på forhånd. I eksempelet fra praksis var det en sykepleier som nevnte at det ikke spilte noen rolle om det ble litt tvang, fordi pasientene ville glemme episoden like fort som den fant sted. Sejerøe-Szatkowski (2004) skriver at følelsene pasientene blir utsatt for blir bevart, selv om hendelsen blir glemt. Dette er et eksempel på en konsekvens av å bruke velgjørenhet ut ifra paternalisme.

Pasientens kompetanse til å foreta valg kan variere på grunn av sykdomsbildet. I noen situasjoner kan pasienten være i stand til å ta autonome valg, mens i andre situasjoner mangler pasienten kapasitet til å ta valg. Derfor er det viktig at pasientens autonomi blir vurdert i hvert enkelt tilfelle og ikke ut ifra en situasjon (Rokstad, 2009). Selv om pasienten ikke har samtykkekompetanse må sykepleieren fortsatt tilstrebe at stellesituasjonen skal være en god opplevelse. På grunn av redusert hukommelse kan både ønsker og valg variere ofte. Evnen til informasjonsbearbeiding vil også bli påvirket etter som hvor pasienten er i demensutviklingen. For at pasienten skal kunne foreta et autonomt valg, må pasienten ha evne til å bearbeide informasjon. På tross av dette er det vist at flere pasienter med demens kan være svært tydelige i sine valg som angår deres egen situasjon (Rokstad, 2009). Deltakerne i studien til Gjerberg et al (2013) opplevde at humøret til pasientene med demens skiftet fort. Fordi humør, valg og ønsker kan variere, kan derfor sykepleieren i casen forsøke å hjelpe pasienten på nytt etter det har gått litt tid. Dette kan i noen tilfeller være en god løsning, men hva da når pasienten allerede er utsatt for å utvikle sår og UVI fordi hun ikke har fått skiftet på en stund. Er det da riktig å prioritere at sykepleieren ivaretar pasienten sin autonomi? Sykepleieren må vurdere i hvor stor grad det er faglig forsvarlig å la pasienten bestemme selv (Rokstad, 2009). Rokstad (2009) skriver at dersom pasienten er ute av stand til å vurdere konsekvensene av egen adferd, anerkjenner paternalisme behovet for å gripe inn. På denne måten kan sykepleieren forhindre at pasienten blir krenket som følge av egne valg.

Martinsen (2005) skriver at paternalisme er en form for bedrevitenhet fra sykepleierens sin side. Pasienten blir gjort maktesløs ved å bli fratatt sin mulighet til å bestemme i sin egen livssituasjon. Samtidig er det viktig å huske på at sykepleieren er forpliktet til å gi omsorg og ivareta pasienter som ikke er selvhjulpne (Martinsen, 2003a). Paternalisme kan derfor forsvares med at det er sykepleieren som vet hva som vil være det beste for pasienten, og vi tolker dette til at tvang er en form for paternalisme. Når det gjaldt å dusje pasienter, ville sykepleierne i studien til Garden og Hauge (2012) gjøre det beste for pasienten. Selv om de forsøkte å forklare tydelig til pasienten hva som skulle skje, opplevde de at pasienten ikke forstod. Pasientene aksepterte ikke handlingen. Derfor anså sykepleierne det som nødvendig å bruke tvang for å få gjennomført dusjen. Ved å benytte tvang strevde sykepleierne med egne følelser. De følte skyld og utilstrekkelighet samtidig som de måtte utføre en faglig forsvarlig sykepleie. Brinchmann (2005) skriver at paternalisme bør unngås, men at en såkalt svak paternalisme er godtatt i enkelte tilfeller der sykepleieren vet hva som er til det beste for pasienten. Derimot bør målet alltid være å unngå at pasientens integritet blir krenket. I følge Martinsen (2005) vil en god sykepleier reflektere over konsekvensene av paternalisme og bruke skjønn i hver enkelt situasjon. Uansett hva sykepleieren velger å gjøre vil de yrkesetiske retningslinjene bli satt opp i mot hverandre. På den ene siden er plikten til å «respektere pasientens rett til selv å foreta valg...[og] beskytte pasienten mot krenkende handlinger som ulovlig og unødvendig rettighetsbegrensning og tvang» (Norsk sykepleierforbund, 2011, s.8). På den andre siden kommer sykepleierens plikt til å ha «ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom» (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 8). For å finne en god løsning mener vi det er nødvendig at sykepleieren i casen reflekterer over konsekvensene av paternalisme, og veier disse opp mot hverandre, uansett hvilken løsning vedkommende velger.

4.2 Kommunikasjonsevner, en viktig forutsetning

Jootun og McGee (2011) skriver det er vesentlig at sykepleiere har gode evner til å kommunisere med pasientene. Dette gjør sykepleierne mer oppmerksomme på pasientenes behov. Det er sykepleieren sitt ansvar å hjelpe en pasient med demens til å kommunisere. For å oppnå dette er det nødvendig at sykepleieren har kunnskaper om hvordan forskjellige demensformer påvirker kommunikasjonsevnene. Dette krever at sykepleieren kjenner pasienten (Jootun & McGee, 2011). Det er viktig at sykepleieren bruker en- til en kontakt for

å bli kjent med pasienten, og identifiserer hvilke evner pasienten har til å kommunisere. I følge Jootun og McGee (2011), viser forskning at personer med demens med dårlige kommunikasjonssevner, har lettere for å isolere seg. Å jobbe effektivt med kommunikasjon forbedrer derfor livskvaliteten til personer med demens.

Pasienten i casen har reduserte kommunikasjonssevner noe som gjør det vanskelig for sykepleieren å forstå hvorfor hun ikke vil stille seg. Martinsen (2005) skriver at sykepleiere innehar en autorisert makt i sin rolle med pasienten. Derfor er det nødvendig at sykepleieren lytter til det som pasienten forteller og at samtalen er likevektig selv om det er sykepleieren som innehar fagkunnskapen. Selv om den intellektuelle hukommelsen vil bli redusert hos pasienter med demens, vil den følelsesmessige hukommelsen fortsatt være intakt (Sejerøe-Szatkowski, 2004). Ved at sykepleieren benytter seg av validering som kommunikasjonsform kan dette bidra til at pasienten kan få en følelse av forståelse og nærhet (Wogn-Henriksen, 2008). Simonsen (2008) skriver at vi aldri kan forstå et annet menneske fullt og helt. Dette er spesielt vanskelig når det gjelder personer med demens som er engstelig, glemsk og har et redusert språkforbruk og forståelse (Simonsen, 2008). Det som er viktig i denne sammenheng er at pasienten føler at vi forsøker å forstå og vil pasientens beste. Formålet med validering er at pasienten skal føle seg trygg, forstått og verdifull. Ved validering blir følelsene til pasienten anerkjent og respektert. Pasientene skal møtes der de er med tanke på tid og sted, og feiloppfatninger skal ikke motsies (Berentsen & Solheim, 2009). Vårt synspunkt er at validering er en fin kommunikasjonsmetode, der vi bekrefter og anerkjenner pasienten. Samtidig kan det være en utfordring å bruke validering i situasjoner hvor pasienten reagerer negativt, fordi man helst ikke skal motsi feiloppfatningene. Sykepleieren vet ikke årsaken til at pasienten i casen nekter å motta hjelp til stell, derfor kan det være ugunstig å bruke validering hvis vi bekrefter en feiloppfatning

En annen metode for å skape trygghet hos pasienten er reminisens. Pasienter med demens husker som regel mer fra fortiden enn nåtiden. Sykepleieren kan skape trygghet hos pasienten ved bruk av reminisens, fordi dette kan få pasienten til å gjenkjenne ting (Sejerøe-Szatkowski,). Vår erfaring er at reminisens er en viktig kommunikasjonsform i møte med pasienten. Sykepleieren i casen kan tilrettelegge for stell ved å vise frem håndkle og klut til pasienten for å vise henne hva som skal skje. I stedet for å bruke de tradisjonelle pumpeflaskene kan sykepleieren for eksempel finne frem et såpestykke. Ettersom såpestykker

var vanlig før, kan dette være noe som bringer frem minner. Reminisens brukes for å hente frem positive minner, ikke traumatiske (Wogn-Henriksen, 2008). Selv om sykepleieren i casen ikke bruker reminisensmetoden, kan det være at pasienten gjenopplever traumatiske minner ved stell. Pasienten kan ha opplevd noe tidligere i livet som gjør at hun reagerer negativt på denne type hjelp. Minnene kan fremprovoseres når sykepleieren forsøker å ta henne med på badet for å hjelpe henne med personlig hygiene. Vi opplevde en episode i praksis hvor vi skulle hjelpe en pasient med stell. Pasienten hadde tidligere blitt misbrukt, noe vi ikke var klar over. Det var mest sannsynlig årsaken til at pasienten reagerte med motstand. Kirkevold (2010) skriver at alle har en intimsoner hvor det kan føles krenkende om noen overskrider grensen uten tillatelse. Det trenger derfor ikke å foreligge en traumatisk opplevelse bak motstanden til pasienten i casen. I møte med personer med demens, kan det være særlig utfordrende med stell, avkledning og dusj fordi pasienten har vansker med å forstå situasjonen (Berentsen, 2010). Når pasienten ikke forstår hva som skjer, skriver Sejerøe-Szatkowski (2004) at sykepleieren kan bruke valideringsteknikker. Noen av valideringsteknikkene som kan hjelpe til å roe ned pasienten, er å vise empati gjennom stemmebruken, henvende seg til sansene hos pasienten, kontrollere sin egen mimikk, respektere intimsone og bevare distansen både fysisk og med blikket.

Den tredje kommunikasjonsformen som blir brukt i møte med pasienter med demens er realitetsorientering. Wogn-Henriksen (2008) skriver at realitetsorientering kan gi pasienter som ikke er orientert for tid og sted en mer presis oppfatning av virkeligheten, og dermed en bedre mestring i hverdagen. Dette kan i noen tilfeller forebygge forvirring hos pasienten (Wogn-Henriksen, 2008). Denne formen for kommunikasjon er ment til å være informasjonsgivende og orienterende (Larsen, 2008). Wogn-Henriksen (2008) skriver at for mange pasienter med demens er det en trygghet at sykepleierne realitetsorienterer om tid, sted og hendelser. Vår erfaring fra praksis er at realitetsorientering kan skape sinne og frustrasjon, fordi pasienten ikke tror på det som blir fortalt, eller at pasienten blir ytterligere forvirret. Dag og dato var det som kunne realitetsorienteres uten større motsigelse. I sin egen oppfatning befant flere av pasientene seg på andre steder enn på sykehjemmet. Å realitetsorientere om hvor pasientene befant seg, skapte som regel mer indre uro for dem. Wogn-Henriksen (2008) understreker at realitetsorientering virker mot sin hensikt hvis pasienten stadig blir rettet på, fordi dette kan føre til usikkerhet. For at realitetsorientering skal være til hjelp for pasienten er det avgjørende hvordan det formidles. En av hendelsene vi opplevde var en sykepleier som

skulle hjelpe en pasient med å dusje. Pasienten ropte og ga tydelig uttrykk for at dette ikke var aktuelt. Sykepleieren sa at det måtte gjøres fordi at det var onsdag som var pasienten sin faste dag til å dusje. Etter egen oppfatning hadde pasienten allerede dusjet tidligere på morgenen. Sykepleieren forsøkte gjennom realitetsorientering å få pasienten til å forstå at det ikke stemte. Dette forstod ikke pasienten og ble svært opprørt da sykepleieren likevel valgte å gjennomføre dusjen mot pasienten sin vilje. Vårt synspunkt er at dette ikke er noen god måte å få hjulpet pasienten på. Sykepleieren kunne valgt å løse dette på en annen måte, ved for eksempel å bruke validering og reminisens sammen. Pasienten i dette tilfellet var glad i å ordne håret sitt hos frisøren, før sykdommen inntraff. Sykepleieren kunne ha valgt og utnyttet dette i tillegg til å bekrefte pasientens følelser. Da kunne sykepleieren for eksempel ha sagt at vedkommende forstod pasientens frustrasjon ved å dusje to ganger på samme morgen. Videre kunne sykepleieren forklart at i dag var det satt av god tid til å hjelpe pasienten med å stelle håret etter å ha dusjet. Fordi når håret er tørt, blir det vanskelig å sette i hårruller. Med utgangspunkt i dette kunne sykepleieren derfor tilbudt seg å hjelpe pasienten med å dusje, slik at pasienten slapp å streve med dette selv en gang til. Vi har brukt denne måten å kommunisere med pasienter på i praksis. Dette har ofte resultert i at vi får gjennomført det som var meningen. Ved å anerkjenne pasienten og bruke pasientens interesser som utgangspunkt får de følelsen av å være delaktige. Dette opplever vi som en god måte å oppnå tillit på og unngå bruken av tvang. Ifølge Berentsen og Solheim (2009) oppnår vi ikke alltid det vi ønsker ved kun å bruke en kommunikasjonsmetode. Helheten i situasjonen må vurderes i forhold til hver enkelt pasient, og derfor burde sykepleiere bruke en blanding av kommunikasjonsmetodene.

4.3 Begrensning av tvangsbruk

Ifølge studien til Hem, et al (2010) kan grensen mellom tvang og frivillighet lett tippe fra det ene til det andre. Ved for eksempel at pasienten er tilsølt med urin og avføring følte de ansatte at behovet for stell var utpreget. For å få stelt pasienten brukte de derfor overtalelse og mildt press, noe som lett kan føre de inn i en tvangssituasjon. Ingen ønsket å anvende åpenbar tvang, men som den ene ansatte uttrykte det «Vi tvinger ikke en pasient til å dusje, liksom, men er det så på grensa at det lukter både svette og urin, så er det på en måte litt tvang, det også...» (Hem et al., 2010, s.297). Uttrykkene deltakerne i studien brukte er litt tvang, den lille tvangen, ikke så mye tvang. Dette viser at det er uklare grenser for når helsehjelpen går over i tvang. Helsedirektoratet (2008) forklarer at det å overtale, motivere og lede pasienten med

hånden ikke er tvang ifølge loven. Om sykepleieren må forsterke tiltakene med å holde pasienten og lignende for å få utført helsehjelpen, skal reglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A følges. I paragraf 4A- 5 står det at det må fattes vedtak før bruk av tvang, om helsehjelpen dreier seg om pleie og omsorg.

Sykepleieren i casen vil pasientens beste. Selv om sykepleieren har empati for pasienten, kan det være vanskelig å forstå at pasienten ikke vil stille seg når hun har et stort behov for det. I en normaltilstand ville det mest sannsynlig ha vært nedverdiggende for pasienten å gå tilsølt med urin og avføring. Samsvarer motstanden pasienten utøver med hennes tidligere verdier? Skal sykepleieren ta hensyn til pasienten sine tidligere verdier eller hennes nåværende ytringer om å ikke stille seg? Om pasienten kunne forutsett sin situasjon før hun fikk demens, ville hun da at sykepleieren skulle ha stelt henne mot hennes vilje? Om hun kunne fått kjent på de følelsene hun opplever når sykepleieren bruker tvang, ville hun fortsatt hatt samme mening? Ut ifra hva Rokstad (2009) skriver, skal man se valgene opp mot pasientens verdier før sykdommen. Kunnskapene om pasientens verdier bør derfor innhentes i en tidlig fase. Etter hvert som sykdommen utvikler seg kan disse verdiene danne et grunnlag for å kunne ta valg på pasientens vegne. Om man ikke har kjennskaper til pasientens verdier, kan man ifølge paragraf 4A-5 i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) innhente informasjon fra pasientens nærmeste pårørende. Fordi pasienten tidligere var opptatt av å se velstelt ut, kan vi se for oss at hun hadde ønsket at sykepleieren skulle stille henne dersom det var behov for det. På bakgrunn av de erfaringer vi har i møte med pasienter med demens er redsel, sinne, frustrasjon og fortvilelse følelser som kan dukke opp under stellsituasjoner. Hvis pasienten i casen på forhånd kunne ha kjent på disse følelsene, er det ikke lenger like åpenbart hvilket valg hun ville tatt. Vårt synspunkt er at sykepleieren må ta pasientens forutsetninger i betraktning. Dette krever refleksjon og god kjennskap til pasienten.

I pasient- og brukerrettighetsloven (1999) står det skrevet at tillitsskapende tiltak må ha vært forsøkt før det kan ytes helsehjelp til pasienter som motsetter seg dette. I praksis opplevde vi at det var vanskelig å få tvangsvedtak på personlig hygiene, fordi tillitsskapende tiltak ikke var dokumentert godt nok. Hummelvoll og Barbosa da Silva (2012) skriver at tillit er en livsverdi. Det er et grunnleggende behov hos mennesker at de kan stole på og ha tillit til sine medmennesker. For at tillit skal finne sted må betingelser som kontinuitet, sammenheng og likhet mellom erfaringene være tilstede (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 2012). Pasienten i

casen nekter sykepleieren å stille henne. Det kan være at hun ikke har tillit til sykepleieren. Er det mulig for sykepleieren å opparbeide seg tillit hos pasienten? Vil dette føre til mindre bruk av tvang? Det kan ta lang tid å skape tillit og en god relasjon til pasienten. Selv om det tar lang tid å bygge den opp, er det derimot lite som skal til for at tilliten svekkes (Fjørtoft, 2006). Martinsen (2003b) skriver at sykepleiere kan formidle trygghet og omsorg gjennom kroppsspråket, blikket og stemmen. Med kroppsholdningen kan sykepleiere enten virke truende eller skape tillit. De må vise at tillit pasientene gir er verdifull. Pasientene skal føle seg trygg på at sykepleieren utfører god pleie og har omsorg for dem. I tillegg til at pasientenes ønsker og behov ikke skal overstyres (Martinsen, 2005). I studien til Egede-Nissen et al (2012) kom de frem til at god tid og tilstrekkelig bemanning på avdelingen var av stor betydning. Når de hadde god tid til pasientene minsket også bruken av tvang. Pasienter med demens er sårbare for stress og derfor var det viktig at de ansatte var fleksible. De lot pasientene sove lengre om de ville det, og stellet kunne for eksempel vente i ti minutter. Det ble sett på som betydningsfullt at personalet hadde gode kunnskaper om demens, fordi dette bidrar til å minske bruken av tvang. Dette kom også frem i både studien til Lejman et al (2012) og studien til Gjerberg et al (2013). I tillegg kan dette underbygges av Helsedirektoratet (2008) som skriver om viktigheten av at personalet har kjennskap til pasienten. Dette kan være med på å øke motivasjonen for samarbeid, fordi pasienten ofte kan ha større tillit til dette personalet. Helsedirektoratet (2008) mener at det å bruke god tid hos pasienten og ha gode kunnskaper om kommunikasjon er andre viktige forutsetninger for å kunne skape tillit. Da vi var i praksis hadde vi mulighet til å bruke god tid i samhandling med pasientene. Denne tiden brukte vi til å kommunisere med og omgås pasientene, noe som gjorde at vi ble godt kjent med dem. Før morgenstell kunne vi derfor sitte og snakke om familien og gamledager sammen med pasienten før vi deretter henviste til stell. I de fleste tilfeller resulterte dette i at pasientene godtok at vi hjalp de med stell. I praksis var det flere pasienter som hadde godt utarbeidede tiltaksplaner som ble oppdatert jevnlig. Dette bidro til at stellet ble utført med samme fremgangsmåte, og derfor mer forutsigbart for pasientene. En nøye utarbeidet tiltaksplan førte til at vi var godt forberedt før vi gikk inn til pasienten. Dette opplevde vi forebygget bruk av tvang.

Johnsen og Smebye (2008) mener at sykepleieren må forsøke å finne ut hvorfor pasienten nekter, og ut fra det finne andre måter å gå frem på. Helsedirektoratet (2008) viser til at det ikke trenger å være manglende vilje til å stille seg som ligger bak motstanden. Det kan være

at pasienten ikke skjønner hva som skal foregå og blir engstelig. Adferden til pasienten kan være en måte å beskytte seg på. Omgivelsene burde tilsi hva som skal skje og tilrettelegges slik at pasienten kan få gjøre mest mulig selv (Helsedirektoratet, 2008). Hvilke tiltak kan sykepleieren foreta seg for å gjøre stellsituasjonen til en komfortabel opplevelse? Barrick, Rader, Hoefler, Sloane og Biddle (2008) viser til flere tiltak man kan prøve for å tilrettelegge for en behagelig opplevelse for pasienten. Det viktigste er kanskje å ha god temperatur på badet og følelsen av privatliv. Videre kan sykepleieren prøve å redusere støyen rundt pasienten; bruke en tilpasset stol, ha myke kluter og håndklær og la pasienten være mest mulig tildekket. Om det er smerter som ligger til grunn for motstand, skal man gi smertestillende på forhånd av et stell. Vårt synspunkt er at alle som er inne og skal stelle pasienten kjenner til tiltaksplanen, slik at det ikke blir for store variasjoner i måten stellet blir utført på. «Forutsigbarhet gjør situasjonen mer forståelig og dermed mindre truende og forvirrende» skriver Johnsen og Smebye (2008, s.218). Dette tilsvarer vår erfaring. Hvis vi tilrettela stellet på forhånd og gjorde det forutsigbart for pasientene, virket de roligere og tryggere. Det kunne virke som de var mer tilstede i stellet når de forstod hva som skulle skje. For at stellsituasjonen skal være mer forutsigbart for pasienten i casen, kan derfor sykepleieren lage en nøye tiltaksplan på personlig hygiene som alle må følge. Hvis det er kontinuitet i stellet kan pasienten få en opplevelse av trygghet. Om sykepleieren i tillegg bruker god tid inne hos pasienten på forhånd, kan dette være med på å skape en god relasjon til pasienten. En god relasjon er med på å skape trygghet og danne et grunnlag for tillit. Dette mener vi kan begrense bruken av tvang

5 KONKLUSJON

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vi forsøkt å finne ut hvordan sykepleiere kan begrense bruk av tvang hos personer med demens som motsetter seg hjelp til personlig hygiene. Vi har kommet frem til at det er flere elementer som må til for å skape tillit mellom pasient og sykepleier. Når sykepleieren oppnår tillit hos pasienten, kan dette bidra til å begrense bruk av tvang. Gode kunnskaper om demens og hvilke konsekvenser sykdommen har for pasienten er vesentlig. I samhandling med pasientene er kommunikasjonsmetodene reminisens, validering og realitetsorientering en god hjelp. Hvordan metodene brukes og at sykepleieren har kjennskap til pasientens bakgrunn, er utslagsgivende for samhandlingen. I tillegg burde det foreligge en oppdatert tiltaksplan på hvordan personlig hygiene skal utføres hos pasienten. Tiltaksplanen må inneholde en detaljert fremgangsmåte på hvordan stellet skal utføres, og dette kan bidra til å skape forutsigbarhet for pasienten. Sykepleieren burde prioritere å tilbringe tid med pasienten, og studiene vi fant viser at dette er betydningsfullt for å skape trygghet og tillit. Sykepleieren ønsker at pasienten i casen skal få dekket sine grunnleggende behov for hygiene. I tillegg er målet at pasienten så langt det er mulig får opprettholdt sin verdighet og retten til selvbestemmelse. Sykepleieutøvelsen baseres på kunnskapsbasert praksis hvor de faglige avgjørelsene tas på bakgrunn av forskningsbasert kunnskap, erfaringer og pasientens behov. Denne kompetansen åpner muligheten for å finne andre løsninger enn tvang. Det finnes ikke et klart svar på hva som er riktig i den enkelte situasjon. Sykepleieren må hele tiden vurdere og reflektere sykepleien som utøves. De yrkesetiske retningslinjene ligger til grunn for en forsvarlig sykepleiepraksis, og i etiske dilemma kan de være veiledende til å finne gode etiske løsninger.

Vi har drøftet litteraturen og funn i studiene som er relevante i forhold til vår problemstilling. De tiltakene vi har kommet frem til kan være med på å begrense tvangsbruk hos pasienter med demens, noe også studiene underbygger. Tiltakene er håndfaste, derfor mener vi de er lett overførbare til praksis. I denne oppgaven har vi funnet frem til forskjellige tillitsskapende tiltak som kan begrense bruk av tvang. Vi har ikke funnet ut i hvor stor grad tillitsskapende tiltak brukes på skjermede enheter. Forskning viser at det fortsatt forekommer tvang mot pasienter med demens på norske sykehjem. Det kan være interessant å undersøke videre i hvor stor grad sykepleierne faktisk forsøker med tillitsskapende tiltak, i forkant av å bruke tvang.

Referanseliste

Andreassen, G.T., Fjellet, A.L. Wilhelmsen, I.L. & Stubberud, D.G. (2011). Sykepleie ved infeksjonssykdommer. I H. Almås, D.G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk Sykepleie 1* (4.utg., s.61-104). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Barrick, A.L. & Rader, J. (2008). General Guidelines for Bathing Persons With Dementia. I A.L. Barrick, J. Rader, B. Hoeffler, P.D. Sloane & S. Biddle, *Bathing Without a Battle: Person-Directed Care of Individuals With Dementia* (2.utg., s.17- 21). [New York]: Springer Publishing Company, LLC.

* Berentsen, V.D. (2008). *Demensboka: Lærebok for pleie og omsorgspersonell*. Tønsberg: Aldring og helse. (s.139-160).

Berentsen, V.D. (2010). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s.350-382). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Berentsen, V.D. & Solheim, K.V. (2009). Validering, realitetsorientering og reminisens. *Demensomsorgens ABC* (Perm 2, hefte 7. s.1-10). Tønsberg: Aldring og Helse Nasjonalt kompetansesenter.

Borge, A.M. (2011). Personlig hygiene. I I.M. Holter & T.E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (4. utg., s.614-639). Oslo: Akribe.

Brinchmann, B.S. (2005). De fire prinsippers etikk. I B.S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s.73-86). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (utg.5). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

* Egede-Nissen, V., Jakobsen, R., Sellevold, G.S. & Sørli, V. (2012). Time ethics for persons with dementia in care homes. *Nursing Ethics: An International Journal for Health Care Professionals*, 20(1), 51-60.

<http://dx.doi.org/10.1177/0969733012448968>

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Engedal, K. (2010). Demens og Alzheimers sykdom. *Demensomsorgens ABC* (Perm 1, studiehefte 3, 3. utg., s.1- 28). Tønsberg: Aldring og Helse Nasjonalt kompetansesenter.

* Engedal, K., Kirkevold, Ø., Eek, A. & Nygård, A.-M. (2002). *Makt og avmakt: Rettighetsbegrensninger og bruk av tvangstiltak i institusjoner og boliger for eldre*. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. (s. 11-15).

Fjørtoft, A.K. (2006). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.

Forskrift for sykehjem m.v (1989), FOR-2013-06-21-708. § 4-7.

* Garden, M.H., Hauge, S. (2012). Kampen for pasientens beste- sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens. *Vård i Norden*, 32(4), 18-22. Lokalisert på

https://teora.hit.no/bitstream/handle/2282/1287/2012Garden_og_Hauge.pdf?sequence=3

* Gjerberg, E., Hem, M.H., Førde, R. & Pedersen R. (2013). How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study. *Nursing Ethics: An International Journal for Health Care Professionals*, 20(6), 632-644.

<http://dx.doi.org/10.1177/0969733012473012>

Gjerland, A., Almås, H. & Grønseth, R. (2011). Sykepleie ved sykdommer og forstyrrelser i urinveier og mannlige kjønnsorganer. I H. Almås, D.G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk Sykepleie 2* (4.utg., s.53-81). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helsedirektoratet (2008). *Lov om pasientrettigheter kapittel 4A: Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen*. (Rundskriv IS- 10/2008). Oslo: Helsedirektoratet. Lokalisert på

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/lov-om-pasientrettigheter-kapittel-4a/Publikasjoner/rundskriv-lov-om-pasientrettigheter.pdf>

*Helse- og omsorgsdepartementet. (1998). *Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)*. (Ot.prp. nr. 12, 1998-99). Lokalisert på

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

* 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.

<http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0007>

Holter, I.M. (2011). Sykepleieprofesjonens kjernekompetanse. I I.M. Holter & T.E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (4. utg., s.139-147). Oslo: Akribe.

Hummelvoll, J.K. & Barbosa Da Silva, A. (2012). Relevante etiske grunnbegreper, teorier og perspektiver i psykisk helsearbeid. I J.K. Hummelvoll, Helt- ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse (7.utg., s.83-108). [Oslo]: Gyldendal Akademisk.

Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (utg.4) Oslo: Abstrakt forlag.

* Johnsen, L. & Smebye, K.L. (2008) Bruk av tvang i demensomsorgen. I A.M.M. Rokstad & K.L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s.207- 229). Oslo: Akribe AS.

* Jootun, D. & McGhee, G. (2011). Effective communication with people who have dementia. *Nursing Standard* 25(25), 40-46. Lokalisert på

<ftp://195.206.160.172/NSTD/V25/N25/8347.pdf>

Kirkevold, M. (2010). Den gamles integritet. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s.91-99). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kirkevold, M., Bordtkorb, K. & Ranhoff, A.H. (Red.). (2010). Hva ser du søster? *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasient* (s.27-28). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Kirkevold, Ø. (2005). *Use of restraints in Norwegian nursing homes, focusing on persons with dementia* (Doktorgradsavhandling). Oslo: University of Oslo. (s. III).

* Kirkevold, Ø., Lillesveen, B., Engedal, K. & Nygård, A-M. (2010). *TVANG Helst ikke: studiehefte*. Tønsberg: Aldring og Helse Nasjonalt kompetansesenter. (s.5-8).

* Larsen, F.K. (2008). Personer med utviklingshemning og demens. I A.M.M. Rokstad & K.L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s.277-299). Oslo: Akribe AS.

* Lejman, E., Westerbotn, M., Pöder, U. & Wadensten, B. (2013). The ethics of coercive treatment of people with dementia. *Nursing Ethics: An International Journal for Health Care Professionals*, 20(3), 248-262.

<http://dx.doi.org/10.1177/0969733012463721>

* Martinsen, K. (2003a). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget. (s.14-20, 67-79).

* Martinsen, K. (2003b). *Fra Marx til Løgstrup: Om etikk og sanselighet i sykepleien* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget. (s.135-154).

* Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe AS. (s.23-46, 135-166).

Molven, O. (2011). Pasientens rettigheter og plikter. I I.M. Holter & T.E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (4.utg., s.105-135). Oslo: Akribe.

Norsk sykepleierforbund.(2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. & Reinart, L.M. (2012). *Jobb Kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribe AS.

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 1-3, § 4-3, § 4A-3, § 4A-5. (2013).

Ranhoff, A.H. (2010). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s.137-147). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Rokstad, A.M.M. (2009). Ethiske utfordringer. *Demensomsorgens ABC* (Perm 2, hefte 1. s.1-23). Tønsberg: Aldring og helse Nasjonalt kompetansesenter.

* Rokstad, A.M.M. (2008). Hva er demens? I A.M.M. Rokstad & K.L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s.27-45). Oslo: Akribe AS.

* Rokstad, A.M.M. (2008). Forståelse som grunnlag for samhandling. I A.M.M. Rokstad & K.L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s.60- 84). Oslo: Akribe AS.

* Sejerøe-Szatkowski, K. (2004). *Demens: Kommunikasjon og samarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (s.20-68).

* Simonsen, L. (2008). *Demens- En bedre hverdag: Yrkesfaglig studiehefte for medlemmer i Seksjon helse og sosial*. Oslo: Fagforbundet. (s.15-16). Lokalisert på www.fagforbundet.no/file.php?id=7245

Slettebø, Å. (2005). Etiske dilemmaer. I B.S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s.40-49). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk* (5.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Solheim, K.V. (2010). Brukerveiledning og læring: Kommunikasjon. *Demensomsorgens ABC* (Perm 1, studiehefte 1, 3.utg., s.1-33). Tønsberg: Aldring og Helse Nasjonalt kompetansesenter.

* Wogn-Henriksen, K. (2008). Kommunikasjon. I A.M.M. Rokstad & K.L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s.87-112). Oslo: Akribe AS.

* World Health Organization. (1999). *ICD- 10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Universitetsforlaget. (s. vii)

Vedlegg 1 Søkeshistorikk

Dato	Database	Søkeord Norsk/engelsk/MESH AND/NOT/OR	Begrensninger	Type søk	Antall treff	Begrunnelse for ekskludering	Utvalgte artikler
15.1.2014	Oria	Demen* AND tvang AND sykehjem	Fulltekstdokumenter 2008-2013	Fulltekst	25	Gamle bacheloroppgaver Handlet ikke om personer med demens	2
15.1.2014	EBSCO host	Dementia AND coercion	2012-2013	Chinal Fulltekst	5	Handlet ikke om personer med demens på sykehjem. To av artiklene fant vi i Oria.	1
15.1.2014	EBSCO host	Dementia AND coercion AND patient participation	2012-2013	Chinal Fulltekst	4	Handler ikke om personer med demens på sykehjem. Tre av artiklene valgte vi ut tidligere på dagen	0
16.1.2014	Pubmed	Alzheimers disease AND communication AND trust	Last 5 years	Fulltekst	14	Ingen var relevante for vår oppgave og problemstilling	0

Dato	Database	Søkeord Norsk/engelsk/MESH AND/NOT/OR	Begrensninger	Type søk	Antall treff	Begrunnelse for ekskludering	Utvalgte artikler
16.1.2014	EBSCO host	Dementia AND coercion AND nursing homes	2012-2013	Chinal Fulltekst	5	Tre av artiklene fant vi dagen før. Handlet ikke om personer med demens på sykehjem.	0
16.1.2014	EBSCO host	Dementia AND hygiene	2005-2013 Research article	Chinal Fulltekst	11	Handler om tamhygiene, vandring og rehabilitering.	0
16.1.2014	EBSCO host	Dementia AND ethics AND nursing care facilities	2012-2013 Research article	Chinal Fulltekst	6	En bar vi fra før. Handlet ikke om personer med demens på sykehjem. Handler ikke om hvordan redusere tvang.	1
16.1.2014	EBSCO host	Dementia AND communication AND nurse patient relationship	2011-2013 Find all my search terms	Chinal Fulltekst	19	Fleire av artiklene handlet ikke om personer med demens på sykehjem. Det var ikke forskningsartikler, men vi valgte ut en fordi den kunne brukes i vår oppgave og var relevant.	1