



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for helse og idrettsfag
4AVS304

Sokol Blaka og Line Elise L. Wedvik
Veileder: Randi Martinsen

“Ikke kast inn håndkleet”

“Don’t throw in the towel”

Bachelor i sykepleie. Kull 121, 6 semester.

2012

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Innholdsfortegnelse

1.0	INNLEDNING	3
1.1	Begrunnelse for valg av tema og problemstilling.....	4
1.2	Avgrensning og presisering.....	5
1.3	Oppgavens oppbygging	5
2.0	METODE	6
2.1	Metodevalg og kildekritikk	6
3.0	TEORETISK FUNDAMENT	9
3.1.	Demens.....	9
3.2	Tvang.....	11
3.3	Kommunikasjon og tilnærming til pasienter med demens.....	13
3.4	Etikk og moral.....	17
3.4.1	Etiske teorier	18
3.4.2	De fire prinsippers etikk.....	19
3.4.3	Pliktetikk	20
3.4.4	Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere	21
4.0	DRØFTING.....	22
4.1	Veien til pasientens tillit.....	22
4.2	Bruk av tvang – juridiske og etiske vurderinger	26
5.0	AVSLUTTENDE KOMMENTAR.....	30
6.0	KONKLUSJON.....	31
7.0	REFERANSELISTE	31

Antall ord: 10 495

1.0 INNLEDNING

I Norge i dag er det omlag 70 000 personer med demens, men det antas at mange går udiagnostisert. Antallet eldre i befolkningen øker, og derfor vil også tallet på antall personer med demens øke (Hummelvoll, 2010). Tall fra folkehelseinstituttet viser at antallet ventes å stige til 160 000 i år 2050 dersom dagens utvikling fortsetter. I norske sykehjem, som er arena for denne oppgaven, har omlag 75 % av pasientene diagnosen demens. Funn i forskningsartiklene våre viste at 69 % av disse pasientene har blitt utsatt for tvang (Slettebø & Bunch, 2004). Tvang i demensomsorgen i sykehjem kan derfor være en stor utfordring for helsepersonell som innebærer faglige, juridiske og etiske vurderinger.

I løpet av vår grunnutdanning i sykepleie har vi lært mye om demens i tillegg til at vi i flere av våre praksisperioder har møtt pasienter med demens. I løpet av disse praksisperiodene har vi sett forskjellige måter å håndtere stellsituasjoner og stell av pasientene. Vi har erfart at det er stor forskjell på hvordan dette gjøres av forskjellige sykepleiere og på ulike institusjoner. Ofte har også institusjonens ”kultur” en innvirkning på hva som tolereres som greit og hva som ikke gjør det. Vi har selv sett at direkte tvang blir brukt mot pasienter som ikke vil stelle seg eller ha hjelp i stell. Et eksempel vi har opplevd å se på sykehjem er to sykepleiere som deltar i stell av pasient med demens, hvor den ene holder pasientens hender mens den andre vasker. Vi har også lagt merke til at det ofte er stor forskjell på hvordan sykepleiere håndterer stellsituasjoner når pasienter ikke vil ha hjelp. I slike vanskelige situasjoner er det viktig at sykepleieren ikke gir opp, ”kaster inn håndkleet” og tyr til tvang, men at hun/han forsøker å legge til rette for helsehjelpen uten å bruke tvang.

Vi har flere ganger opplevd å stå i situasjoner hvor tvang har blitt brukt, og et tenkt tilfelle kan være:

Trond har diagnosen demens. Han er inkontinent og klarer ikke å opprettholde sin personlige hygiene. Han motsetter seg ofte hjelp fra pleiepersonalet. En morgen når sykepleieren kommer inn på rommet til Trond lukter det sterkt urin og det viser seg at han har vætet sengen i løpet av natten. Vi ønsker å få Trond til å ta en dusj siden vi som sykepleier vet at dette er uheldig med tanke på sårdannelse, pasientens velvære og integritet, og samtidig må vi som sykepleiere også tenke på at pasienten skal være i fellesområder med andre pasienter og dermed pasientens verdighet.

Tall viser at nesten 37 % av pasientene i somatiske avdelinger og 45 % av pasientene i skjermede enheter blir utsatt for minst ett tvangstiltak i løpet av en uke. 27 % av alle tvangstiltakene ble iverksatt for å kunne gjennomføre nødvendige omsorgstiltak, som for eksempel dusjing (Kirkevold, 2005). Undersøkelser viser at økt kunnskap og bevisstgjøring rundt temaet tvang og alternativer til tvang kan redusere tvangsbruken med mer enn 50 % (Testad, Aasland, Aarsland, 2005).

1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Dette er en avsluttende oppgave i bachelor i sykepleie. Høgskolen ga oss i retningslinjene valget mellom tre temaer å skrive om. Ett av disse temaene var: ” Bruk av tvang i sykepleien til pasienter med demens sykdom”, og det er dette temaet vi har valgt å skrive om. Vi mener temaet tvang i demensomsorgen i aller høyeste grad er relevant og aktuelt å belyse. Vi ønsker en økt bevisstgjøring rundt tvangsbruk, herunder en bredere forståelse av lovverket, etiske dilemma- og refleksjon rundt temaet. Lovverket stiller et krav om at tillitsskapende tiltak skal ha vært prøvd før det brukes tvang. Vi vil i denne oppgaven også forsøke å gi tillitsskapende tiltak og alternativer til tvang et innhold.

For å få belyst dette temaet på en tilfredsstillende måte har vi valgt å formulere problemstillingen slik:

”Hvilke faglige kunnskaper vil ha betydning for å unngå bruk av tvang i sykepleien til en pasient med demens som motsetter seg hjelp til personlig hygiene?”

1.2 Avgrensning og presisering

For å gi leseren et inntrykk av hva demens er og hvordan sykdommen arter seg har vi skrevet generelt om demens. Vi har utelukket å skrive om behandling, patologi og diagnostisering da dette ikke er relevant for å belyse problemstillingen. Vi har av samme grunn utelukket å skrive om de forskjellige typene demens.

Vi har satt oss inn i lovverket; pasientrettighetsloven og dens nye kapittel 4A som regulerer bruken av tvang mot pasienter uten samtykkekompetanse. Dette har vi gjort fordi vi mener det er viktig med økt kunnskap og forståelse av lovverket på dette området. Vi har begrenset oss til å skrive om reguleringer og vurderinger i forhold til samtykke og hva som skal til for å iverksette/ ikke iverksette tvangstiltak. Vi har derfor ikke skrevet om hva som skjer etter et tvangstiltak blir iverksatt. Lovverket setter et krav om at tillitsskapende tiltak skal være forsøkt før man bruker tvang (Pasientrettighetsloven, 1999). På bakgrunn av dette har vi derfor valgt å skrive om kommunikasjon da vi ser dette som en av de viktigste faktorene i et tillitsbyggende og mellommenneskelig arbeid. Vi har fokusert på ulike tilnæringsmåter og kommunikasjonsmetoder til pasienter med demens. Videre har vi skrevet om ulike etiske teorier for å kunne se vanskelige situasjoner i forskjellig lys. Vi mener også at etikk er et tema som automatisk bør være med i en oppgave om tvang. Vi har også tatt med forskning som er med på å belyse og besvare problemstillingen.

1.3 Oppgavens oppbygging

Innledningsvis i oppgaven vil vi beskrive valg av metode, valg av litteratur, kildekritikk og søkeord. Deretter følger teoridelen hvor vi innledningsvis skriver om sykepleie, deretter fokuserer vi på demens, kommunikasjon og tilnærming, og til slutt etikk og moral. På bakgrunn av en sykepleiefaglig teoritilnærming følger drøfting av oppgavens problemstilling samt konklusjon basert på en sykepleiefaglig problemstilling.

2.0 METODE

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet hører med i arsenalet av metoder.” – Vilhelm Aubert (Refert i Dalland, 2007).

2.1 Metodevalg og kildekritikk

Metoden er gitt i oppgaven og er et litteraturstudium. Et litteraturstudium innebærer at man systematisk gjennomgår litteratur rundt en valgt problemstilling. Det kreves en kritisk gjennomgang av kunnskap fra skriftlige kilder og en sammenfatning av disse med diskusjon (Dalland, 2007).

Problemstillingen blir belyst og drøftet ut ifra innhentet litteratur. Litteraturen vi har brukt er både pensum-, og selvvalgt litteratur som vi mener er relevant for å belyse problemstillingen. Bøkene vi har valgt å benytte er sykepleiefaglige bøker som er pensumlitteratur, i tillegg til nøye utvalgte selvvalgte bøker. Med bakgrunn i dette antas innholdet å holde et tilstrekkelig faglig nivå i tillegg til å være pålitelige. Bøkene vi har valgt er skrevet av sykepleiere og universitetsprofessorer, derfor anser vi de som pålitelige. Vi har også benyttet oss av internett, og funnet data fra nettsidene til Lovdata, Helsetilsynet, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, og Sykepleieforbundet. Disse anser vi som pålitelige, gyldige og relevante.

Litteraturstudien krever en kritisk og vurderende tilnærming. Vi har benyttet oss av pensumbøker, høgskolens bibliotek, internett og tidsskrifter. Vi har brukt databaser som SveMed+, EBSCOhost, Cochrane, Helsebiblioteket.no og Sykepleien.no for å systematisk søke etter relevant forskning innenfor vårt tema. Vi fant fort ut at det er et stort utvalg av artikler rundt dette temaet og valgte derfor å begrense søkene våre med emneord som: demens/dementia, sykepleie/nursing, restraint/coercion/tvang, redusere/reduce, personlig hygiene/personal hygiene, etikk/ethics, sykehjem/nursing homes, og staff/personale. Søkeordene er brukt i forskjellige kombinasjoner for å begrense søket ytterligere. Vi har også valgt å benytte nyere forskning, det vil si forskning som ikke er eldre enn fra år 2000.

Artiklene vi har valgt som relevante for vår oppgave har vi funnet gjennom å se på overskrifter og emner, og deretter lese abstrakter. Vi har også lagt vekt på å finne forskning av kvalitativ art, da dette vil bidra til å besvare oppgaven vår på en tilfredsstillende måte.

Data i denne oppgaven er forskningsartikler, tidsskriftartikler, tilsynsrapporter fra helsetilsynet og rundskriv fra helsedirektoratet, samt lovverket. Vi har valgt å fokusere på norsk forskning da vi ser dette som mest relevant, mye på grunn av lovverket som vil være annerledes i andre land.

Slettebø og Bunch (2004) tar for seg etiske dilemma i sykepleien til pasienter på sykehjem, med spesielt fokus på pleiernes strategier for å løse disse situasjonene. Denne artikkelen bruker vi i innledningen og teoridelen om tvang, da den inneholder statistikker rundt bruken av tvang i norske sykehjem. Den blir også brukt i kapitlet om kommunikasjon samt i drøftingen fordi den inneholder forskjellige tilnæringsmåter i kommunikasjonen til demente pasienter. Artikkelen skrevet av Testad, Aasland & Aarsland (2005) undersøker effekten av et utdannings- og støtteprogram for helsearbeidere, med tanke på redusert bruk av tvang som resultat. Denne artikkelen kommer i størst grad til syne i teoridelen om tvang samt i drøftingsdelen. Artikkelen skrevet av Hem, Gjerberg, Pedersen & Førde (2011) tar for seg grenselandet mellom frivillighet og tvang til demente i sykehjem og forsøker å utvikle bevissthet om alternativer til tvang. Denne artikkelen har vi benyttet i teoridelen om kommunikasjon og i drøftingsdelen. Alle disse forskningsartiklene tar utgangspunkt i norske sykehjem og sykepleiere. Artikkelen skrevet av Kirkevold (2005) inneholder tall og statistikker som vi har sett som nødvendige og klargjørende i vår oppgave.

Vi har også brukt to tilfeldig utvalgte tilsynsrapporter for å bekrefte en generell mangel på kunnskap rundt lovverket, da med spesielt tanke på det nye kapitlet, 4A, i pasientrettighetsloven. For utfyllende kommentarer til lovbestemmelsene i pasientrettighetslovens kapittel 4A, har vi benyttet oss av rundskriv 10/2008 fra Helsedirektoratet.

Prevalensen av tvang i norske sykehjem varierer fra 67 % til 69 % i de forskjellige forskningsartiklene vi har funnet. Siden tallene er relativt nærliggende har vi valgt å forholde oss til ett sett tall, fra en artikkel, for å unngå forvirring. Variasjonen kan forklares med at det

er en forskjellig definisjon av tvang, forskjellige datainnsamlingsteknikker og forskjellig antall personer involvert i studiene, forskjellige setninger i sykehjemmene og forskjellige sykehjemskulturer. Siden begge artiklene er fra Norge har ikke loven utgjort noen forskjell på resultatene. Vi bruker i oppgaven tall som er fra 2005 som sier at forekomsten av pasienter med demens på sykehjem er på over 75 %. Det at tallene er så gamle er en svakhet, men vi har ikke klart å lete opp nyere statistikk på dette området. Dette er tall som også samsvarer med tallene i artikkelene som vi har tatt utgangspunkt i, og derfor ser vi disse som aktuelle. Data blir presentert i innledning, teoridel og drøftingsdel.

I oppgaven har vi valgt å presentere et eksempel på en tenkt pasientsituasjon. Dette har vi gjort for lettere å kunne drøfte teori og data opp imot problemstillingen. For å unngå stigmatisering har vi bevisst unnlatt å bruke ordene ”dement”, ”den demente” og ”demente pasienter” i oppgaven.

3.0 TEORETISK FUNDAMENT

Under teoridelen vil vi presentere teori som vi senere blir belyst i drøftingsdelen. Dette er teori som vi vil vektlegge og som vi mener er relevant i forhold til vår problemstilling. Vi har med teori om demens, lovverket rundt bruken av tvang, kommunikasjon som tilnærming til pasienter med demens, samt etikk- teori. Innledningsvis vil vi beskrive sykepleierens omsorgsfunksjon.

Sykepleierens profesjonelle omsorg er en omsorg som er regulert av fagkunnskap, etikk og juss. I et møte mellom den syke og sykepleieren må vi som sykepleiere ha en særlig fagkunnskap og kyndighet til fagområdet. Fagkunnskap er en nødvendig del av en sykepleiers kompetanse. Spesifikk sykepleiekunnskap er i stor grad nær knyttet til handling og praktisering. For å yte omsorg må sykepleieren ha gode mellommenneskelige ferdigheter i tillegg til å kunne kommunisere med mennesker i ulike situasjoner. Det er viktig at omsorgen baseres på en forståelse og kjennskap til den andres situasjon. Sykepleierens omsorg vil ikke bare være regulert av fagkunnskap og yrkesetikk, men også av lover. I tillegg til å være uttrykk for sosiale normer er lovverket ofte også basert på grunnleggende menneskerettigheter og kulturelle verdier. Med andre ord vil jussen sette grenser for- og definere rammene som sykepleiefaglige beslutninger må foregå innenfor (Kristoffersen & Nortvedt, 2006).

3.1. Demens

Man regner med at det finnes omlag 70 000 mennesker med demens i Norge i dag. Det antas at det er mange som går udiagnostisert med blant annet økt forvirring som symptom (Hummelvoll, 2010). Forekomsten stiger med økende alder og de aller fleste er over 65 år. De fleste personer med demens er kvinner, dette kan også skyldes at kvinner ofte har en høyere levealder enn menn. Sykdommen er den vanligste årsaken til at eldre mennesker trenger plass på sykehjem og forekomsten av demente på sykehjem er på over 75 % (Engedal & Haugen, 2005).

Demens er en sykdom som er kjent ved mange forskjellige navn. Ordet demens betyr gal, eller avsindig. Det er mange begreper som brukes, blant annet ”å gå i barndommen”, ”bli rørete”, ”bli senil” eller ”å være årefolkalket”. Som regel blir demens forbundet med glemsomme gamle mennesker som har blitt rotete. Demens kjennetegnes ved en kronisk og irreversibel kognitiv svikt, sviktende evner til å utføre dagliglivets aktiviteter på en tilfredsstillende måte sammenlignet med tidligere, og endret sosial atferd. Kognitiv svikt vil si at kognitive funksjoner som blant annet omfatter hukommelse, læring, oppmerksomhet, tenkning og kommunikasjon svikter. Dette kan for eksempel komme til uttrykk i form av at de glemmer å slå av kokeplater, går seg vill i tidligere kjente omgivelser, eller ved at de ikke lenger kjenner igjen personer som de har kjent gjennom en stor del av livet. En demenssykdom vil ofte ha en snikende og langsom utvikling. Personer med demenssykdom vil ofte forsøke å skjule sin mentale reduksjon ved å svare omtrentlig på konkrete spørsmål (Engedal og Haugen, 2005).

Det er vanlig å dele inn symptomene ved demens i tre hovedgrupper; kognitive-, atferdsmessige/ psykiske- og motoriske symptomer. Kognitive symptomer kan blant annet innebære svekket oppmerksomhet. Når oppmerksomhetsevnen blir nedsatt vil prestasjonsevnen svekkes i forhold til problemløsning og hukommelse. Dette kan komme til uttrykk ved grad av våkenhet i daglig fungering, oppmerksomhet for nye stimuli, og evnen til å holde fast på en oppgave uten å la seg bli forstyrret. Redusert læringsevne og hukommelse, svekket kommunikasjon og språkevne, apraksi (manglende evne til å utføre praktiske oppgaver selv om en har en motorisk førlighet og forstår hva som skal gjøres), agnosi (manglende evne til å forstå hva som sanses, for eksempel hvordan en ting smaker, selv om sanseapparatet er inntakt), redusert evne til å orientere seg i kjente og ukjente omgivelser, redusert evne til logisk tenkning og mestring av daglige gjøremål, er også symptomer som går inn under de kognitive (Engedal & Haugen, 2005).

De atferdsmessige-/psykiske- og de motoriske symptomene har tradisjonelt sett ikke blitt like mye vektlagt som de kognitive, men vanlige atferdsmessige-/psykiske symptomer hos personer med demens er angst, depresjon, vrangforestillinger, personlighetsendring, apati/interesseløshet, irritabilitet/aggressivitet, repeterende handlinger og forandret døgnrytme. Hva slags demenstype en har vil ha betydning for hvilke symptomer som går igjen. Ved de motoriske symptomene er det først og fremst evnen til å koordinere bevegelser som svikter hos mange. Inkontinens er også vanlig (Engedal & Haugen, 2005).

3.2 Tvang

Tvang i demensomsorgen byr på store utfordringer for helsepersonell. Dette er utfordringer som innebærer faglige, etiske og juridiske vurderinger. Tvang i demensomsorgen kan innebære bruk av fysiske tvangsmidler som hindrer bevegelse slik som bruk av sengehest, bordbrett, belter i stol eller seng, ”kjemisk tvang” i form av medikamenter, og verbal tvang.

Funn i artikkelen til Slettebø og Bunch (2004) viser at tvang ofte blir brukt i norske sykehjem, 75 % av beboerne på sykehjem har demens, og 69 % av disse har opplevd å bli utsatt for tvang. Bruken av tvang i sykehjem er ofte assosiert med- og brukt mot pasienter med demens. De understreker at tvang aldri skal være en langtidsløsning, og at det er viktig at sykehjemspersonalet er kompetente til å gi pleie av god kvalitet, og at de bør gjennomgå opplæring om demens, lovverket og relaterte etiske dilemma.

Testad, Aasland & Aarsland (2005) undersøker effekten av et utdannings- og støtteprogram for helsearbeidere. Fokusgruppen gjennomgikk et seks timers langt seminar med fokus på demens, aggresjon, problematferd, beslutningsprosessen og alternativer til tvang. Deretter fikk de veiledning 1 time per måned i 6 måneder. Funnene i artikkelen viser at en slik tilnærming reduserte bruken av tvang med mer enn 50 % på tross av lik eller til og med høyere agitasjons-score hos pasientene. En årsak til disse lovende statistikkene kan være kombinasjonen av undervisningen og veiledningen de mottok. Læringsprosessen gjorde at helsearbeiderne lettere systematiserte observasjonene basert på deres nytillagte kunnskap og teori, og dermed kunne de finne nye ikke-tvang-rutiner tilpasset hver enkelt pasient som individ. Det at tvangsbruken ble redusert med over 50 % på tross av en agitasjons-score som var lik eller høyere, antyder at helsearbeiderne har lært å forholde seg til samme pasientadferd på en annen, mindre restriktiv måte, og at de har utviklet en høyere toleranse for slik agitert adferd hos pasientene. Det er også verdt å nevne at helsearbeiderne kunne fortelle om en bedre arbeidshverdag og en større tilfredshet med arbeidet de utførte etter dette prosjektet. Vi tror dette i sin tur har innvirkning på pleieprosessen og at det kan påvirke pasientene i positiv forstand (Testad, Aasland & Aarsland, 2005).

Som sykepleiere har vi verken rett eller lov til å bestemme over en pasient eller utøve tvang, dersom det ikke er fattet juridiske vedtak om dette. En ”tommelfingerregel” i norsk lovverk er

at pasienter skal samtykke til helsehjelp. Dette framgår i pasientrettighetsloven (1999) § 4-1, som forteller at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger en lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykket skal være gyldig må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.

Hvem som har samtykkekompetanse omtales i pasientrettighetslovens § 4-3, og omfatter myndige personer og mindreårige etter fylte 16 år med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser eller tiltakets art. Det oppgis også at samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Videre står det at helsepersonell skal ut ifra pasientens alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn legge forholdene best mulig tilrette for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelp (ibid.). Hva som kreves av tilrettelegging for at demente skal samtykke til helsehjelp må vurderes i hvert enkelt tilfelle. Til en viss grad kan man godta ulike måter å bearbeide/overtale pasienten på, men det finnes grenser for hvor langt man kan gå. En god regel er at man skal ikke overtale pasienten til noe de som funksjonsfriske sannsynligvis ikke ville godtatt (Smith, 2002).

Hvem som kan samtykke på vegne av demente som ikke lenger har samtykkekompetanse fremgår i pasientrettighetslovens § 4-6, og innebærer blant annet at de som yter helsehjelp kan ta visse avgjørelser angående helsehjelp som er av lite inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet. Videre kan pasientens nærmeste pårørende gi samtykke til helsehjelp av mer alvorlig karakter. Helsehjelpen kan kun gis dersom det anses å være i pasientens interesse og at det er sannsynlig at pasienten ville samtykket til slik hjelp. Det kan være nyttig å innhente informasjon fra pasientens pårørende for å avgjøre hva pasienten ville ha ønsket. Det er altså et krav om et antatt samtykke, noe som innebærer at vi som helsearbeidere må vurdere å ta stilling til hva pasienten hadde ønsket dersom han hadde hatt evne til å ta stilling i spørsmål om egen helse. Avslutningsvis fremgår det at helsehjelpen ikke kan iverksettes dersom pasienten motsetter seg det. Tiltak som pasienten motsetter seg må anses som tvang, og bruken av tvang forutsetter hjemmel i lov (Pasientrettighetsloven, 1999).

Etter 2009 ble tvang i helsetjenesten regulert ved at et nytt kapittel, 4 A, i pasientrettighetsloven trådte i kraft. Hensikten med dette kapitlet er å sikre nødvendig helsehjelp til pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelp. Mange pasientgrupper motsetter seg helsehjelp uten å forstå omfanget og konsekvensene av dette, noe som kan føre til vesentlig helseskade. Det nye kapitlet 4 A skal også forebygge og begrense bruken av tvang. I § 4 A-1 sies det at «helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett» (ibid.).

En klar hovedregel er at frivillige tiltak skal forsøkes før det gis helsehjelp med tvang. Dette innebærer et krav om at tillitsskapende tiltak skal være forsøkt, og det kan bare fravikes dersom dette er åpenbart formålsløst. Videre sier pasientrettighetsloven § 4 A-3 at dersom pasienten opprettholder sin motstand kan det treffes vedtak om helsehjelp på grunnlag av disse kriteriene: Om en unnlattelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, eller om helsehjelpen anses som nødvendig, eller om tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen. I tillegg settes det et krav om at det gjøres en helhetsvurdering på hvorvidt dette er til det beste for pasienten eller ei (ibid.).

3.3 Kommunikasjon og tilnærming til pasienter med demens

Kommunikasjon har stor betydning i sykepleien, spesielt når det gjelder pasienter med demens sykdom. Ordet kommunikasjon kommer fra latin, communis, og betyr å ha felles.

Kommunikasjon er viktig i samhandling mellom mennesker. Kommunikasjon er en mangesidig prosess, samtidig som det er et symbolsk samspill. Persepsjon, verdier og kultur vil ha en betydning for samspillet, samtidig som selvbildet f.eks. selvaktelse, rolleoppfatning og dermed forventinger til seg selv og andre vil ha en betydning for forløpet av kommunikasjonen. Det vil være både en innholdsmessig og en relasjonell komponent i de budskapene som formidles. Den innholdsmessige delen dreier seg om det som faktisk sies med ord, mens den relasjonelle delen handler om hvordan ting formidles, her er den nonverbale kommunikasjonen spesielt viktig (Hummelvoll, 2010). Nonverbal kommunikasjon betegner overføring av budskap uten bruk av ord. Det kan være ved gester, ansiktsuttrykk og

kroppsbevegelser. Kommunikasjon uten ord kan omfatte lyder som for eksempel skriking, stønning eller gråt. Gjennom berøring og lukt kan en også overføre et meningsinnhold. Andre eksempler på nonverbal kommunikasjon er overføring ved bruk av tegn eller symboler, bilder, musikk, miming og dans (Travelbee, 1999).

Ved et hvert møte mellom en sykepleier og en pasient foregår det kommunikasjon. Det kan være ved en samtale, men også når en er taus. Pasienten vil kommunisere noe til en sykepleier gjennom utseende, atferd, holdning, ansiktsuttrykk, manerer og gester, og sykepleieren vil gjøre det samme ovenfor pasienten. Noen ganger kan dette også være helt ubevisst. Ved interaksjon med pasienten vil sykepleieren ha en anledning til å bli kjent med pasienten som menneske og til å bestemme og ivareta hans behov. Med dette kan sykepleieren også danne et menneske til menneske forhold. Det er viktig at sykepleieren forstår hva pasienten kommuniserer og bruker den informasjonen i planleggingen av sykepleieintervensjoner (Travelbee, 1999).

Alle sykepleiere har forskjellige evner når det kommer til kommunikasjon, også når det kommer til å kunne vurdere virkningen av sin egen atferd på andre. Noen er veldig fintmerkende og kan uten problemer merke andres tanker og følelser, mens andre synes å mangle denne evnen. Noen sykepleiere vil forstå hva å bruke kommunikasjonsprosessen vil si, men er ikke i stand til å omsette denne kunnskapen til handlinger i sykepleiesituasjoner. Evnen til å vise empati, lytte og i tillegg være i stand til å fange opp alle nyanser er viktig for sykepleiere (Travelbee, 1999).

Pasienter med demens vil ha svekket evne til persepsjon, oppmerksomhet, forståelse, korttids- og langtidshukommelse, verbal og nonverbal kommunikasjon (Eide & Eide, 2007). Det kan ofte være vanskelig å forstå hva en pasient med demens sier og mener. Pasienter med demens kan reagere med motstand når de opplever manglende respekt. Dette bør sees som forståelig, og ikke kun et forvirret dement uttrykk som må "håndteres". Deres uttrykk er måter å kommunisere sine behov på. Sykepleiere må derfor nærme seg pasienten med respekt for å identifisere og imøtekomme den enkeltes spesifikke omsorgsbehov (Hem, Gjerberg, Pedersen & Førde (2011).

Evnen til å forholde seg til tidsaspekter som å kunne skille mellom nåtid, fortid og fremtid i tillegg til evnen til holde på informasjon vil også være svekket. Det er fortsatt mye man ikke vet om hvordan man kommuniserer med personer med demens (Hummelvoll, 2010). Det er viktig å tilpasse kommunikasjonen, ta utgangspunkt i pasientens oppmerksomhetsfokus og å anvende bekreftende kommunikasjonsferdigheter. Det er ikke tilstrekkelig dokumentert at noen former for kommunikasjon gir bedre resultater enn andre former (Eide & Eide, 2007).

Slettebø og Bunch (2004) tar for seg etiske dilemma i sykepleien til pasienter på sykehjem, med spesielt fokus på pleierens strategier for å løse disse situasjonene. Det legges vekt på tre strategier: Forhandling, forklaring og deretter tvang. Forhandlingsstrategien styrker pasientens empowerment og sykepleier – pasient relasjonen. Sykepleier diskuterer med pasienten, inntar pasientperspektivet og respekterer pasientens autonomi. Forhandlingsmetoden styrker pasientens selvfølelse fordi de føler at de blir tatt på alvor og blir behandlet som likeverdige mennesker. Den andre strategien er å forklare for pasienten hva og hvorfor på en klar og sympatisk måte. De understreker at den nonverbale kommunikasjonen er ekstremt viktig og at den i mange tilfeller kan bidra til å forebygge at situasjoner som byr på etiske dilemma og tvang oppstår. Slettebø og Bunch påstår at når situasjoner som disponerer for bruken av tvang og etiske dilemma oppstår, kan dette sees på som at det er både feil og mangler i sykepleier-pasient - relasjonen (Slettebø & Bunch, 2004).

I samhandling med personer med demens kan man oppleve at en pasient sier ”jeg vil hjem til mor” selv om moren gikk bort for mange år siden. Mange pasienter kan gjenta slike utsagn flere ganger om dagen fordi de glemmer at de spurte, i tillegg til at de kan glemme svaret de fikk. Dette kan ofte føre til stor fortvilelse for hjelperen/sykepleieren. Hvis man da eksempelvis svarer ”moren din døde for 30 år siden” kan dette føre til en sorgreaksjon. Selv om innholdet kan være glemt i løpet av kort tid, kan den følelsesmessige reaksjonen bli sittende lenge (Eide & Eide, 2007).

Et kjerneord i kommunikasjon til pasienter med demens, er bekreftelse. I stedet for å forholde seg til sannheten og virkeligheten til det pasienten sier, kan det være viktig å gå med pasienten, lytte til og prøve å forstå det følelsesmessige budskapet som ligger i det pasienten sier eller gjør. Dette kalles validering. Det er mange eksempler på at når sykepleieren stiller åpne spørsmål, spørsmål som kan hjelpe til å konkretisere (hvem, hva, hvordan), i tillegg til å

gi empatiske, speilende og bekreftende tilbakemeldinger, kan dette hjelpe pasienter med demens til å uttrykke det de vil frem til.

Ofte vil pasienter med demens trenge hjelp til å orientere seg for tid, sted og situasjon. Mange glemmer også hva forskjellige gjenstander heter og brukes til. En tydelig og informerende kommunikasjonsstil, i tillegg til at miljøet rundt pasienten er strukturert slik at han lettere kan orientere seg er viktig. Spesielt med tanke på at en god daglig struktur gir pasienter med demens en mer oversiktlig og forutsigbar hverdag (Eide & Eide, 2007).

En annen måte å kommunisere med pasienter med demens er ved å bruke reminisens. Reminisens er en prosess som fremkaller minner. Når en bruker denne metoden er det viktig å ha i bakhodet hvor betydningsfulle minnene kan være for pasienter med demens. Man må også ta i betraktning at for pasienter med demens kan nåtid og fortid gli inn i hverandre. Ved at sykepleier engasjerer seg i minnene til pasienten kan dette være med på og styrke følelsen av verdi, verdighet, og identitet. Det er mange forskjellige måter å arbeide med dette på. Ved at sykepleieren eksempelvis lærer seg navn på forskjellige personer og steder samt gjør seg kjent med viktige hendelser og interesseområder, kan dette bidra til en god relasjonsbygging. For en pasient med demens kan det å møte noen som kommer fra ens hjemtrakt være en lykke. Da kan man snakke om steder, fjelltopper, fiskeplasser og lignende fordi man kjenner navnene og viktige hendelser. Kunsten er å finne en vei inn til den andres engasjement (Eide & Eide, 2007).

Realitetsorientering er enda en teknikk man kan bruke i kommunikasjonen til pasienter med demens. Realitetsorientering går rett og slett på at man orienterer pasienten om den faktiske situasjonen. Hos pasienter med demens er tenkeevnen relativt godt inntakt, og ønsket om å holde seg selv orientert er tilstede. Det er viktig å vite at ved en alvorlig grad av demens kan man risikere å overkjøre pasienten helt ved bruk av denne metoden (Hummelvoll, 2010).

I forskningsartikkelen til Hem kommer det frem at dusj og dusjsituasjoner er det som oftest fremprovoserer aggressiv adferd hos pasienter med demens på sykehjem. Videre viser den til at det var trekk ved pleiernes atferd som bidro til dette. Det var spesielt trekk som mangel på respekt for pasientens følelser, konfronterende kommunikasjon, dårlig tid og manglende forberedelse på det som skulle skje som bidro til dette. Ved at sykepleieren fikk en god

relasjon til pasienten førte dette til mindre angst, uro og aggresjon, som videre førte til mindre tvang. Ved at de anerkjente pasienten i ”her og nå” situasjoner ved å gå frem på en rolig og oversiktlig måte førte dette til at pasientene også følte at de hadde kontroll (Hem et. al., 2011).

3.4 Etikk og moral

I alle yrker der man arbeider konkret med å hjelpe andre mennesker, har hjelperen et moralsk ansvar ovenfor disse menneskene. Det betyr at det å handle moralsk er en del av den faglige kompetansen til den profesjonelle yrkesutøver. Man ser ofte at det faglige og det moralske er flettet inn i hverandre. Et eksempel kan være at sykepleierutdanningen ikke bare har gitt oss fagkunnskaper, men også formet oss som mennesker. Dette har i sin tur også betydning for hvordan vi som yrkesutøvere velger å løse problemer (Fjørtoft & Skorstad, 1998).

Etikk og moral blir ofte brukt om hverandre, men i faglig sammenhenger er det vanlig å gjøre et skille mellom disse begrepene. Begrepet moral stammer fra det greske ordet *mos* eller *morales* og betyr skikk eller sed. Etikk stammer fra det greske ordet *ethos* som betyr vane eller skikk (Fjørtoft & Skorstad, 1998). Rent språklig betyr både etikk og moral ”skikk og bruk” men som tidligere nevnt er det vanlig å gjøre et skille mellom disse. Man kan si alle mennesker har ”en moral”, men ikke alle mennesker har en etikk. Etikk kan sees på som en refleksjon over moralen og det moralske liv (Barbosa da Silva, 2006).

Moral handler om hvordan vi forholder oss til ulike ting og hendelser og framfor alt hvordan vi behandler andre medmennesker. Moralens er et uttrykk for hvordan vi faktisk reagerer, bedømmer, beslutter, velger, handler, inntar holdninger, tar ansvar eller forsømmer å ta ansvar og hvordan vi skammer oss eller angrer over de urette handlingene vi har utført.

Etikk er en filosofisk refleksjon over moralen med hensikt å forbedre moralen. Etikken kan være et system av regler, prinsipper og teorier som brukes for å løse eller forebygge interessekonflikter, eller det kan være gode moralske egenskaper (Barbosa da Silva, 2006).

Etikk har med valg av handlinger å gjøre- med den situasjonen vi står i når vi skal bestemme oss for én av flere mulige handlinger. Det finnes forskjellige greiner innen etikken som beskriver ulike retningslinjer og begrunnelser for valg av handlinger. Eksempler på disse kan være pliktetikk, sinnelagsetikk eller konsekvensetikk (Kristoffersen & Nortvedt, 2006).

Moral varierer fra kultur til kultur, mens normativt etiske prinsipper, regler og teorier i prinsippet skal være universelle. Vi tenker etisk og handler moralsk (Barbosa da Silva, 2006).

3.4.1 Etiske teorier

Det finnes forskjellige teorier i etikken, altså flere måter å tenke rundt etiske spørsmål på, og å forstå og ordne dem på. Disse vil i stor grad påvirke de praktiske valgene vi gjør. De viktigste teoriene innen etikken består av to grunntyper: den pliktetiske (deontologiske) og den formålsetiske (teleologiske) (Johannesen, Molven & Roalkvam, 2007).

Formålsetikken er en nyttesbestemt, målbevisst og konsekvensorientert teori. Mange velger å kalle den teleologiske grenen kun konsekvensetikk, men det er et svakt skille mellom konsekvens- og formålsetikk. Der formålsetikken sier at ”målet helliger midlet” sier konsekvensetikken ”det er resultatene som teller!”. Det er altså ikke intensjonene eller den gode hensikten som teller, men det sannsynlige og helst nyttige resultatet. Strategier og handlingsvalg må derfor vurderes ut ifra de konsekvenser de respektive valgene gir. Man må prøve å forutsi konsekvensene av hver enkelt handling for å finne ut om den er rett eller gal. En svakhet er at man ikke kan forutsi framtiden og dermed ta feil, mens et annet problem er å finne ut hvem som skal bestemme hvilke konsekvenser som er ønskelige eller ikke (Johannesen et.al., 2007).

Det finnes også en dydsorientert etikk som noen plasserer under formålsetikken mens andre holder den for seg selv under en såkalt ”sinnelagsetikk”. Når man her snakker om dyd er dette av moralsk karakter, en målrettet karakterutvikling, som kan brukes synonymt med holdninger. Denne siden av etikken har alltid vært sentral. Dydssetikken er oppdragelsesorientert og personfokusert, noe som må vies stor oppmerksomhet i etikken. Det er jo moralsk sett viktig hva slags person man er. Ikke minst har dette stor betydning for et godt forhold mellom sykepleier og pasient. Det fostrer tillit at pasienten møter en sykepleier som er helstøpt og som har tilegnet seg de karakteregenskaper og holdninger som kreves i et pasient- og omsorgsforhold (Johannesen et.al., 2007).

3.4.2 De fire prinsippers etikk

De fire prinsippers etikk er egentlig ingen egen teori, men den består av fire sentrale prinsipper i medisinsk etikk. Fireprinsippsetikken har vært av stor betydning i helserettet etikk og har stor utbredelse i medisinske miljøer. De fire prinsippene er autonomi, ikke-skade, velgjørenhet og rettferdighet (Johannesen et.al., 2007). Alle prinsippene er såkalte prima facie-prinsipper, det vil si at ingen av prinsippene er absolutte, men de må vurderes opp mot hverandre i hver enkelt situasjon ut fra hvilket prinsipp som bør veie tyngst i den aktuelle situasjonen. Problemet med denne etiske "teorien" er at det er opp til hver enkelt hva man vil vektlegge som viktige prinsipper i situasjonen, og dermed er det ikke gitt hva som er riktig å gjøre. Ved å vektlegge ulike prinsipper kan man begrunne helt forskjellige handlingsmåter. Selv om denne "teorien" har mangler som gjør det vanskelig å finne en enstemmig konklusjon, har vi valgt å ta den med fordi de fire prinsippene hver for seg er viktige poenger når man skal vurdere en situasjon og etisk dilemma (Slettebø, 2009).

Prinsippet om enkeltmenneskets rett til autonomi er et dominerende prinsipp i den medisinske etikken og den er også nedfelt i pasientrettighetsloven og lov om helsepersonell. Ordet autonomi er gresk og består av to ord: auto som betyr selv, og nomos som betyr lov, styring, regulering. Autonomi betyr derfor selvstyring eller selvregulering, men innen medisinsk etikk vil det oftest være snakk om medbestemmelse. Denne medbestemmelsen kan dreie seg om to ting; retten til å nekte behandling eller retten til å bestemme behandlingsform (Johannesen et.al., 2007). Tidligere var det slik at den allmenne oppfatning var at helsepersonellet visste best og dermed tok avgjørelser på vegne av pasienten. Dette synet har endret seg og nå har autonomiprinsippet fått innpass i allmenmoralen, også i medisinsk etikk. Noen ganger er det ikke så enkelt å bare si at pasienten selv skal bestemme. Noen ganger er ikke pasienten kompetent til dette, og som sykepleiere kan man se at pasientene tar valg som kan få fatale konsekvenser. Dette vil ofte trigge sykepleierens samvittighet og plikt til å hjelpe (Slettebø, 2009).

Velgjørenhetsprinsippet er et gammelt prinsipp i medisinsk etikk, og kan spores helt tilbake til den hippokratiske ed, lege-eden, samt at vi finner det i fortellingen om den barmhjertige samaritan. Velgjørenhets- og ikke-skadeprinsippet blir ofte samlet under ett fordi de begge

fokuserer på å gjøre vel for pasienten. I følge prinsippet om ikke-skade har sykepleieren en plikt til å påse at pasienten ikke tar skade av den behandlingen sykepleieren gir pasienten. Prinsippet om velgjørenhet vil i tillegg kreve at sykepleieren handler til det beste for pasienten. Begge prinsippene er konsekvensetiske, og krever altså at konsekvensene av sykepleierens handlinger skal være til det beste for pasienten (Slettebø, 2002). Hva som er til det beste for pasienten er ikke alltid lett å avgjøre, og mange pasienter kan heller ikke gi uttrykk for hva de oppfatter som velgjørenhet. Det kan her være fare for å gli over i paternalisme, som er en slags velment bedreviterholdning (Johannesen et.al., 2007).

Rettferdighetsprinsippet står sentralt allerede fra antikkens Hellas og Aristoteles. Dette prinsippet tar opp spørsmål som lik behandling av like tilfeller, fordeling av ressurser, prioriteringer, og retten til et anstendig minstemål av helsehjelp. Den understreker hvor viktig og grunnleggende rettferdighetsideen er i helseomsorgen (Johannesen et.al., 2007).

3.4.3 Pliktetikk

I pliktetikken blir rett handling sett i lys av om det er i samsvar med visse moralske plikter eller prinsipper. Man spør ikke om en handling kan være god, eller hva den kan føre til, men kun om den er rett. En pliktetiker vil håndheve et sett av regler som bygger på autoriteter. Slike autoriteter kan være utenfor en selv, som for eksempel Gud, staten, partiet eller fagforbundet. Man kan i følge pliktetikken også mene at man er sin egen autoritet og at man handler etter selvsagte prinsipper, samvittighet, subjektiv tolkning, praktisk fornuft og så videre. Som samfunnsborgere handler vi pliktetisk i mange situasjoner, for eksempel når vi stopper for rødt lys i trafikken, eller når vi reiser oss opp for eldre mennesker på trikken. I et samfunn vil en pliktetisk tankegang ha betydning for hvordan lovverket blir formet. For mennesker som jobber i helsetjenesten vil yrkesetiske retningslinjer være "kjørereglene" ved yrkesfaglig handling. En pliktetiker vil handle etter det han/hun føler er sin plikt fordi en mener at sin autoritet har rett i kravene sine. En pliktetiker vil ikke handle som følge av om han/hun bryter regler og kan få straff eller sanksjoner. Det er med andre ord fokus på personen og handlingen, og ikke hva konsekvensen av en handling kan bli (Aadland, 2005).

3.4.4 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er regler og retningslinjer for etisk akseptabel atferd i yrkesutøvelsen som sykepleier. Noen normer går igjen innenfor yrkesetiske retningslinjer, for eksempel normer innenfor autonomi, respekt, ansvar og taushetsplikt. Det er to hovedgrunner til at yrkesetiske retningslinjer ble utviklet. For det første er det fordi sykepleien trenger interne retningslinjer som enhver autorisert sykepleier skal rette seg etter, og for det andre fordi samfunnet trenger å vite hva de kan forvente av sykepleierne. Retningslinjene utgjør en viktig rettesnor for hva sykepleiere skal gjøre i vanskelige situasjoner, da de utgjør standarder og normer for yrkesutøvelse. At sykepleierne har en høy etisk standard på tjenestene de yter for samfunnet vil også utgjøre en garanti for samfunnet. Sykepleierne har fire grunnleggende ansvarsområder, det er å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og å lindre lidelse (Slettebø, 2009).

De yrkesetiske retningslinjene sier ikke noe om hvordan en konkret situasjon skal løses, men de angir hvilke verdier som står sentralt i situasjonene. Noen ganger kan det også oppstå situasjoner der ulike verdier står mot hverandre. Det er viktig at en som sykepleier kan bruke sitt faglige skjønn, og i tillegg være i dialog med andre profesjonsutøvere. Med å bruke sitt faglige skjønn menes det at sykepleieren bruker sin praktiske klokskap for å vurdere hva som blir den beste løsningen i hver enkelt situasjon. Emosjonelle og rasjonelle evner, å se enkeltdele ved en situasjon samtidig som en ser den i en helhet, og å kunne vurdere hvilke faktorer som har betydning er viktig for sykepleierene. Dette er noe som utvikles med erfaring (Slettebø, 2009).

I yrkesetiske retningslinjer heter det:

”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for den enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert. Retningslinjene utdyper hvordan sykepleierens menneskesyn og grunnleggende verdier bør vernes i praksis, og konkretiserer hva som anses som god praksis innen en rekke områder.” (Sykepleierforbundet, s.a.)

4.0 DRØFTING

I denne delen vil vi ta for oss, og drøfte problemstillingen vår: *”Hvilke faglige kunnskaper vil ha betydning for å unngå bruk av tvang i sykepleien til en pasient med demens som motsetter seg hjelp til personlig hygiene?”*. Vi har valgt å bruke det tenkte pasienttilfellet fra innledningen, dette for å få en godt strukturert og ryddig drøfting.

For å drøfte problemstillingen vil vi sette de ulike områdene i teoridelen opp mot artiklene og egne erfaringer. Med dette ønsker vi en økt bevisstgjøring rundt tvangsbruk. Vi vil også forsøke å gi tillitsskapende tiltak og alternativer til tvang et innhold, som videre vil kunne ut i en avsluttende kommentar med forslag til forbedring samt konklusjon.

4.1 Veien til pasientens tillit

En pasient med demens vil ha svekket evne til å tenke rasjonelt, og på grunn av dette kan pasienten også være dårligere i stand til å ta avgjørelser angående sine egne behov. Ofte tar pasienter med demens avgjørelser uten at de ser konsekvensene av valgene sine. Derfor er det viktig at vi som sykepleiere informerer om konsekvenser av valg og gir tilstrekkelig tid til å bearbeide informasjon.

Sykepleierens væremåte, holdninger og atferd, verdier og kultur, i tillegg til forventningene til seg selv og til pasienten, vil spille en nøkkelrolle når det kommer til hvordan relasjonen mellom sykepleier og pasient blir (Hummelvoll, 2008). Som sykepleier vil kommunikasjonen med pasienter med demens være et viktig verktøy for å skape en god relasjon. I følge Travelbee foregår det kommunikasjon i et hvert møte mellom sykepleier og pasient, uansett om en snakker eller ikke. Pasienten kan kommunisere noe til sykepleieren nonverbalt, for eksempel via utseende, atferd, holdning, ansiktsuttrykk, manerer og gester, og sykepleieren vil gjøre det samme ovenfor pasienten. I og med at alle har forskjellig bakgrunn vil ikke alle kunne få den samme relasjonen til den enkelte pasienten. Noen vil kunne få den gode relasjonen med en gang, mens andre kanskje aldri klarer å oppnå en god relasjon samme hvor hardt de prøver. Dette har også noe med at sykepleiere har forskjellige kommunikasjonsevner, samt evner til å vurdere virkningen av sin egen atferd på andre (Travelbee, 1999).

For å kunne oppnå en god relasjon med Trond fra pasienteksempelet, kan det at sykepleier setter seg inn i hans bakgrunn, bidra i positiv retning. Eksempelvis kan dette være å vite hvor pasienten kommer fra, hva slags hendelser som har hatt en viktig rolle i hans liv, i tillegg til navn på personer og steder som er viktige for han (Eide & Eide, 2007). Hvis sykepleieren skaffer bakgrunnsinformasjon som dette kan det bli mye lettere å bygge en relasjon til Trond. I samhandling med pasienter med demens kan ofte denne relasjonen bli glemt noen minutter etterpå, men så lenge sykepleieren har punkter og interesser en vet berører pasienten vil veien tilbake til den gode relasjonen bli lettere.

Når man har klart å bygge en relasjon og er trygg i samhandling med pasienten vil man lettere kunne overtale pasienten til å gjøre det vi som sykepleiere mener er viktig for å opprettholde en god personlig hygiene. Hvis vi tar utgangspunkt i pasienteksempelet i innledningen så har morgenstellet vært vanskelig å gjennomføre på en god måte, og Trond vil ikke dusje når vi kommer inn på rommet hans. Ved å bruke det vi vet om Trond fra før, kan vi bidra til å få han til å innse hvor viktig det faktisk er at han dusjer denne dagen. Ved hjelp av en god relasjon kan vi som sykepleiere da spille på det vi vet har fungert før.

I rundskriv 10 fra Helsedirektoratet (2008) gir de utfyllende kommentarer til lovbestemmelsene i pasientrettighetslovens kapittel 4 A. Før det kan ytes helsehjelp til en pasient uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp stilles det et krav om at tillitskapende tiltak skal ha vært forsøkt. Dette innebærer at vi som sykepleiere må prøve å få Trond til å forstå at det er i hans interesse å ta imot helsehjelpen. Sjansene for at Trond aksepterer helsehjelpen er større dersom han får anledning til å bli trygg på behandlingssituasjonen. Det er viktig å bruke god tid når det er mulig. Trond bør få nødvendig tid på å forstå hva som skjer, og innstille seg på å motta helsehjelpen. Å gi pasienten et inntrykk av at vi har god tid også i hastesituasjoner er en faktor som kan virke tillitskapende. Det vil også være hensiktsmessig å kartlegge årsakene til at Trond motsetter seg helsehjelpen. Kunnskap om årsaken, kan gi oss mulighet for å tilrettelegge på en slik måte at Trond oppgir motstand. Kildene til denne kunnskapen kan være Tronds familie eller andre fra personalet som kjenner han godt (Helsedirektoratet, 2008).

Helsedirektoratet (2008) ser på helhetlig tankegang som et tillitskapende tiltak. Når Trond motsetter seg helsehjelp trenger det ikke være på grunn av manglende vilje eller motivasjon, men det kan være at Trond ikke oppfatter hva som skjer eller skal skje. Dette kan videre føre til at Trond opplever bad som skremmende og at atferden er en måte og beskytte seg selv på.

Det er viktig at de fysiske omgivelsene er gjenkjennbare, og at de i seg selv gir informasjon om det som skjer. Altså bør et bad ligne på et bad og så videre. Et annet tillitskapende tiltak er at helsepersonellet har kjennskap til pasienten. Helsepersonell som kjenner pasienten vil lettere kunne yte helsehjelp og pasienten vil også ofte ha større tillit til dette personellet og yte mindre motstand som følge av dette (Helsedirektoratet, 2008). Dette underbygger at et økt fokus på primærsykepleiere er viktig med tanke på tillitskapende arbeid.

Forskningsartikkelen til Hem (2011) understreker også dette. Den viser at da sykepleierene fikk den gode relasjonen til pasienten, førte dette til mindre angst, uro og aggitasjon hos pasientene, som igjen kan ha veldig stor betydning for pasientens samarbeidsvilje under stellet.

Det kommer også frem at dusj og dusjsituasjoner er det som oftest fremprovoserer aggressiv atferd hos pasienter med demens på sykehjem. Den viser videre at det var spesielle trekk ved pleierens atferd som bidro til dette. Dette kunne være trekk som mangel på respekt for pasientens følelser, konfrontrende kommunikasjon, dårlig tid og manglende forberedelse på det som skulle skje. Videre kommer det frem i artikkelen at pleierne i undersøkelsen i liten grad snakket om å etablere relasjon og kontakt med pasientene, og kun noen få brukte uttrykk som ”tillit”. Beskrivelsene var mer preget av at pleierene hadde oppgaver de skulle utføre ovenfor pasientene (Hem, 2011). En slik oppgavesentrert praksis hvor gjøremålene blir viktigere enn personen selv, kan føre til at Trond føler seg ignorert. Dette kan bidra til å bryte ned hans selvfølelse og skade hans personlige identitet. Hem understreker at det tillitskapende relasjonsarbeidet burde få større fokus hos helsearbeiderne. Ved at man har et oppgavesentrert fokus vil det føre til det motsatte av det tillitskapende tiltak er ment å være.

Slettebø og Bunch (2004) legger vekt på tre strategier: Forhandling, forklaring og tvang, som blir brukt av pleierne for å løse de ulike situasjonene. Det kommer frem at forklaringsstrategien er den som blir mest brukt til pasienter med demens, på grunn av at forhandling og diskusjon mellom sykepleier og pasient er spesielt vanskelig hos pasienter med demens. Forskningen viste at sykepleiernes gjennomgående opplevelse var at når pasientene ble forklart hvorfor tiltakene som gjøres er så viktige, så vil motstanden reduseres eller bli borte. En bekreftende og betryggende nonverbal kommunikasjon styrket forklaringene. Sykepleierens væremåte og fremtoning fikk mye å si, ved at man for eksempel beveget seg sakte og snakket rolig (Slettebø & Bunch, 2004). Vi har også selv erfart i praksis at en slik måte å gå frem på hos pasienter med demens ofte gir veldig gode resultater ved at man lettere

får utført de praktiske oppgavene fordi motstanden hos pasientene blir svakere eller helt borte. I pasientsituasjonen med Trond er det derfor veldig viktig at vi på en sympatisk måte forklarer han hvorfor vi ønsker at han skal dusje. Måtene å gå frem på kan være mange, men ved at han forstår situasjonen og viktigheten med å dusje kan det føre til at han ikke lenger yter motstand. Når det kommer til pasienter med demens er det tre kommunikasjonsteknikker som er viktige. En av disse er reminisens, som går på at man fremkaller minner. Hvis vi skal bruke denne metoden er det viktig at vi kjenner Trond og at vi kan trekke frem historier eller situasjoner som han har fortalt tidligere. For eksempel kan vi snakke om stedet Trond pleide å fiske før i tiden, og på den måten bekrefte Trond som et individ, styrke hans selvfølelse, fostre tillit og skape en relasjon på nytt. Ved at man gjør det, kan det bli lettere å gå tilbake til selve dusjen og pasienten vil ha vanskeligere for å si nei fordi han får tillit til hjelperen. Man kan snakke om denne fisketuren hele veien bort til dusjen og litt underveis også for å hele tiden underbygge tilliten. Dette kan bidra til at det hele blir en god opplevelse for Trond og at han sitter fornøyd igjen når han er ferdig dusjet og ren. Noe av det viktigste for å få til en slik situasjon er at man finner veien inn i den andres engasjement. Reminisensmetoden kan være spesielt fin med tanke på at vi kan gi pasienten en følelse av integritet samtidig som at vi kan styrke følelsen av verdi og verdighet. Når man bruker denne metoden må man ta i betraktning at minnene kan være veldig betydningsfulle og at nåtid og fortid kan gli inn i hverandre for pasienter med demens (Eide & Eide, 2007).

En annen metode man kan ta i bruk er validering. Dette går ut på at vi bekrefter det pasienten sier i steden for at vi holder oss til det som er de faktiske forholdene (Eide & Eide). Hvis Trond i eksemplet snakker om han ikke har tid til å stelle seg fordi han tror han skal rekke et viktig møte, så kan vi for eksempel i steden for å avkrete dette si ”ja det er vi helt klar over men nå har vi akkurat fått vite at møtet blir utsatt med en time, derfor har vi tid til å ta en kjapp dusj”. Videre kan vi argumentere for at det vil være viktig for Trond at han er nydusjet og ren til møtet slik at han fremstår som velstelt. På denne måten vil vi samtidig som vi bekrefter det Trond sier, få han selv til å overveie og tenke litt rundt hvor viktig denne dusjen faktisk kan være. Vi forholder oss altså ikke til sannheten/virkeligheten, men ”spiller” med på det Trond sier. Det er viktig at vi som sykepleiere er ekstra flinke til å lytte og prøve å forstå Trond sitt følelsesmessige budskap. Ved at vi stiller Trond åpne spørsmål kan vi hjelpe han til å konkretisere det han vil frem til (Eide & Eide, 2007). Et etisk dilemma er hvorvidt man skal lyve for pasienten eller ei. I et pliktetisk perspektiv vil en slik hvit løgn ikke være godtatt,

mens i et konsekvensetisk perspektiv kan det godtas så lenge konsekvensen er god. I formålsetikken heter det at ”målet helliger midlet” og derav vil den gode konsekvensen, at vi får dusjet pasienten, ”hellige” løggen.

Den siste av disse tre metodene er realitetsorientering. Realitetsorientering er på mange måter det motsatte av valideringsmetoden. I stedet for at vi blir med i Tronds ”verden” kan vi heller prøve å orientere han for tid og sted, hva det er som skal skje, hvorfor han er her eller lignende. Når vi bruker denne metoden er det viktig at vi går rolig frem og ikke ”overkjører” Trond. Å gå frem på en rolig og imøtekommende måte er som regel det beste for pasienten. I alle situasjoner må man overveie hvilken metode man skal bruke. Et dilemma som ofte oppstår er hvorvidt man skal realitetsorientere pasientene eller ei i situasjoner hvor de for eksempel tror at foreldrene er i live. Det er ingen fasit på hvilken av metodene man skal bruke i de forskjellige situasjonene. Det er en avgjørelse vi som sykepleiere selv må ta, blant annet i forhold til hva vi mener passer oss og pasienten best og hva vi føler oss mest trygge på.

4.2 Bruk av tvang – juridiske og etiske vurderinger

Om tillitsskapende tiltak, som de nevnt over, ikke fører til mindre motstand fra pasienten blir det viktig å vurdere hvor nødvendig det er å gjennomføre helsehjelpen. Ifølge pasientrettighetslovens (1999) § 4-1 skal utgangspunktet for all helsehjelp være at den bare kan gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. Det nye kapittelet i Pasientrettighetsloven, kapittel 4A, åpner imidlertid for at helsepersonell i enkelte tilfeller gis adgang til å avgjøre hva som skal gjøres dersom pasienten mangler samtykkekompetanse og motsetter seg helsehjelp. Helsedirektoratet (2008) skriver at et vesentlig premiss for denne adgangen er at pasientens samtykkekompetanse blir vurdert på en forsvarlig måte. I tillegg til bestemmelser i loven er det åpent for helsepersonellens fagetsiske standarder, vurderinger og skjønn.

§ 4-3 sier at samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, som blant annet demens sykdom, åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Den manglende forståelsen må knyttes til begrunnelsen for at helsehjelpen skal gis og konsekvensene av helsehjelpen. Helsehjelp etter pasientrettighetslovens kapittel 4-A og § 1-3 omfatter i utgangspunktet alle handlinger som

har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende formål eller pleie- og omsorgsformål, og som utføres av helsepersonell. I tilfellet fra vår tenkte pasientsituasjon dreier det seg om stell etter vannlating i seng. Helsedirektoratet (2008) definerer helsehjelp med pleie- og omsorgsformål, som helsehjelp som skal sikre best mulig liv på tross av sykdom, funksjonssvikt eller alderdom. Et eksempel er hjelp til personlig hygiene. Å unnlate å gi pleie og omsorg kan etter en konkret vurdering føre til vesentlig helseskade (helsedirektoratet, 2008).

Pasientrettighetsloven (1999) kapittel 4-A skal dessuten sikre at pasienter uten samtykkekompetanse får hjelp i form av pleie- og omsorg. Pleie og omsorg kan blant annet være tiltak knyttet til personlig hygiene, nærings- og væskeinntak, tilsyn og andre grunnleggende behov. Det kan være helseskadelig for Trond å bli liggende med våt bleie. Vi vet at risikoen for sår dannelse og infeksjoner øker, og han kan utsettes for smerter og ubehag. Dette vil igjen medføre konsekvenser for velvære og sosial kontakt. I tillegg kan det å være ren og velstelt være av stor betydning for Tronds selvfølelse og den sosiale omgangen med medpasienter, personalet og familien. Helsebevaring har i følge Helsedirektoratet (2008) som mål å holde pasienten så frisk som mulig og hindre at tilstanden blir verre.

Pasientrettighetsloven (1999) understreker at pasienten i størst mulig grad skal få den helsehjelpen som de antas å ville takke ja til dersom de hadde hatt samtykkekompetanse. Det er nærliggende å tro at Trond, som de fleste andre, ville sett det som uverdigg å bli liggende i urin, eller å gå ustelt blant andre mennesker dersom han hadde samtykkekompetanse. Dersom det i noen tilfeller oppstår tvil, kan det være nyttig å prate med Tronds nærmeste pårørende, for å høre hva de tror han ville ønsket dersom han var samtykkekompetent.

Om Trond opprettholder sin motstand, og konsekvensene av dette blir vurdert til å gi vesentlig helseskade, er siste utvei tvang. Det finnes grundige regler for å kvalitetssikre om tvang er nødvendig og for å hindre unødvendig bruk av tvang. Pasientrettighetslovens kapittel 4-A har regler for gjennomføring av helsehjelpen, vedtak og underretning (Helsedirektoratet, 2008). I § 4-6 står det at pasienten og pasientens pårørende så snart som mulig skal underrettes om det fattede vedtaket. Det er også viktig å fremheve at om Tronds samtykkekompetanse faller bort, gjelder det dette enkelte tilfellet og ikke automatisk for alle områder.

Helseskader kan i utgangspunktet være alt fra bagatellmessige til livstruende, men for at man skal kunne iverksette helsehjelp som Trond motsetter seg stiller pasientrettighetslovens § 4A-3 krav om at helseskaden skal være vesentlig og at tillitsskapende tiltak skal være forsøkt. Begrepet vesentlig innebærer at lista for å bruke tvang er høy, men at det allikevel er åpent for helsepersonellet til å utøve faglig skjønn og vil alltid avhenge av en helhetlig vurdering. Helsedirektoratet (2008) trekker frem et eksempel som ligner Tronds tilfelle, at manglende vask og stell av pasienter som er inkontinente vil kunne føre til vesentlig helseskade. Det at Trond lukter urin vil kunne føre til at omgivelsene reagerer negativt på han. På et sykehjem kan dette føre til at han blir sosialt isolert, og det er tilfeller hvor det hevdes at dette gjør en person deprimert og ensom. Dette er et argument som normalt ikke vil åpne for at vi vasker Trond med tvang, men kan heller brukes som et argument overfor Trond om at vask er nødvendig.

Det er viktig at man som sykepleier har evnen til å sette en situasjon i forskjellig lys, at vi kan se situasjonen med forskjellige etiske innfallsvinkler, og reflektere og drøfte hvilke retning som gir det beste utfallet. Konsekvensetikken fokuserer på konsekvensene av en handling. Den legger ikke så mye vekt på selve handlingen så lenge konsekvensene er gode (Johannesen et.al. 2007). Det at Trond ikke vil vaske seg byr på etiske utfordringer. Skal vi dusje Trond mot hans vilje fordi konsekvensen av det, (at han blir ren, unngår sårdannelse, smerter og ubehag) er god? I artikkelen til Slettebø og Bunch (2004) diskuterer de nødvendigheten av å noen ganger bruke tvang for å kunne gi best mulig pleie til enkelte pasienter. Selv om pasienten viser motstand mot det aktuelle tiltaket, opplever man ofte at pasienten i ettertid er fornøyd og ofte er det «negative» ved situasjonen glemt dagen etter. De forteller at mange sykepleiere av denne grunn har en tendens til å bruke «sterk motivasjon» og legitimerer denne formen for verbal tvang ved at pasienten til syvende og sist er tilfreds og fornøyd. Dette er et eksempel hvor konsekvensen av en handling veier mer enn andre etiske prinsipper, og en slik handling vil i en konsekvensetikkers øyne være riktig.

De fire prinsippers etikk har prinsipper som alle er viktige poenger når man skal vurdere en situasjon og etisk dilemma. Autonomiprinsippet er et dominerende prinsipp som også er nedfelt i pasientrettighetsloven og lov om helsepersonell. I dette prinsippet skal pasienten ha rett til medbestemmelse, retten til å bestemme behandling, eller retten til å nekte behandling. Dette er et prinsipp som byr på utfordringer for sykepleierne (Slettebø, 2009). Som sykepleier

skal man respektere pasientens autonomi, men i noen tilfeller er ikke pasienten kompetent til dette og man kan se at pasienten tar valg som kan få negative konsekvenser. Slettebø og Bunch (2004) forteller om sykepleiere som ønsker å opprettholde pasientens autonomi, men som også må forholde seg til sykepleieroppgaver som å ivareta pasientens grunnleggende behov. Dette kan bli et dilemma i norske sykehjem fordi omlag 75 % av sykehjemspasientene har diagnosen demens og har i varierende grad samtykkekompetanse.

Det kommer fram i artikkelen til Slettebø og Bunch (2004) at prinsippet om velgjørenhet står sterkere enn autonomiprinsippet i Vest-Europa. Dette knytter de opp mot fortellingen om den barmhjerige samaritan og at denne har en veiledende innvirkning på folk. Velgjørenhet- og ikke-skadep prinsippet fokuserer begge på å gjøre vel for pasienten, og omtales ofte under ett. Disse prinsippene kan i situasjonen med Trond forsvare både at man respekterer hans ønske om å ikke dusje samt at de kan forsvare bruken av paternalisme eller tvang slik at resultatet er at han får dusjet. Disse prinsippene er konsekvensetiske og kan derfor også være med å støtte opp om eksempelet fra artikkelen til Slettebø og Bunch. Denne teorien åpner for at det er opp til hver enkelt hva man vil vektlegge som viktige prinsipper i en situasjon, og det er dermed ikke gitt hva som er riktig å gjøre. Ved å vektlegge ulike prinsipper kan vi begrunne helt forskjellige handlingsmåter.

Dydsetikken er personfokusert, og legger vekt på at sykepleieren optimalt bør ha tilegnet seg en karakter og holdninger som er faglig og etisk forsvarlige. Om sykepleieren fremstår som en ”helstøpt” yrkesutøver som kan argumentere faglig og etisk for sine valg og har evnen til å reflektere over disse og er oppmerksom overfor pasientens behov og situasjon, er dette noe Trond lett oppdager og vil være en tillitsskapende faktor i seg selv. Dette er viktige egenskaper i et pasient- og omsorgsforhold (Johannesen et.al., 2007).

5.0 AVSLUTTENDE KOMMENTAR

En hypotese kan være at økt kompetanse og omsorg som holder et høyt faglig nivå kan begrense bruken av tvang. Dette underbygges også av Testad, Aasland & Aarsland (2005). Helsepersonell bør gå bort ifra en oppgave- og diagnosesentrert tilnærming til å se hele personen. Økt kunnskap om tvang og alternativer til tvang vil kunne gi helsearbeiderne et større repertoar i møtet med pasienter med demens, hvor de har flere ideer om hva tillitsskapende tiltak kan være. Med tilstrekkelig kunnskap kan det bli lettere for helsepersonell å se flere måter å tilnærme seg vanskelige situasjoner på.

Vi mener også det er nødvendig med kompetanseheving rundt det juridiske ved bruken av tvang. To tilfeldige tilsynsrapporter fra helsetilsynet med fokus på tvungen helsehjelp etter pasientrettighetslovens kapittel 4A til pasienter i sykehjem, bekrefter at det er manglende kunnskaper rundt bruken av tvang. Rapportene viser avvikende funn som at det er mangelfull kunnskap om regelverket, det er ikke gjennomført tilstrekkelig opplæring, helsearbeiderne uttrykker usikkerhet om hva som ligger i begrepet tvang, det blir brukt tvangstiltak uten at det er fattet vedtak med hjemmel i kapittel 4A. I intervjuer med helsearbeiderne kommer det frem at det er ulik oppfatning av når og hvordan vurdering av samtykkekompetanse skal gjøres. Samtidig avdekket journalene at det var få samtykkekompetansevurderinger og at avgjørelsene om tvang var mangelfullt begrunnet (Helsetilsynet, 2012).

En økt kompetanse rundt pasientrettighetsloven tror vi vil kunne bidra til mindre bruk av tvang. Dette er lover som vi som yrkesutøvere er nødt til å forholde oss til. For å bruke oss selv som eksempel kan vi si at vi selv som ufaglærte arbeidere på sykehjem har tatt i bruk tvang, uten å være klar over lovene som regulerer bruken av dette. Det er vanskelig å forstå et forholdsvis komplisert regelverk uten at det er gitt grundig opplæring på området. En stor utfordring er i følge helsedirektoratet (2008), å unngå at manglende kunnskap og ressurser fører til unødvendig bruk av tvang. Tillitsskapende tiltak på systemnivå bør innebære rom for fleksibilitet i rutinene, gode veilednings- og opplæringsrutiner for ufaglærte og tilrettelegging for refleksjon blandt personalet.

6.0 KONKLUSJON

I vanskelige situasjoner som disponerer for tvangsbruk er det viktig at sykepleieren ikke gir opp, “kaster inn håndkleet”, og tyr til tvang, men at hun/han forsøker å legge til rette for helsehjelpen uten å bruke tvang. Med økt kunnskap og bevissthet rundt tvang og alternativer til tvang, herunder tillitsskapende tiltak, vil sykepleieren ha flere ideer om hva tillitsskapende tiltak kan være og dermed et større handlingsrepertoar i møte med pasienter med demens. På denne måten kan sykepleieren se flere alternative måter å tilnærme seg vanskelige situasjoner på, og dermed unngå bruk av tvang.

Vi tror også at en økt kompetanse rundt pasientrettighetsloven vil kunne bidra til mindre bruk av tvang. Vi mener det bør gis grundig opplæring på området, herunder også de tiltak vi har drøftet i denne oppgaven.

7.0 REFERANSELISTE

*Aadland, E. (2005). *Etikk for helse- og sosialarbeidarar*. (s. 48 – 93 = 45 sider).
Oslo: Det Norske Samlaget.

* Barbosa da Silva, A. (2006) *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid* (s. 130-173 = 43 sider)
Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS

Dalland, O., (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Eide, H & Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i Relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*.
Oslo: Gyldendal Akademisk

*Engedal, K. & Haugen, P.,K. (2005) *Lærebok. Demens – fakta og utfordringer*. (s. 15 – 50 = 35 sider)
Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

*Fjørtoft, K., & Skorstad, B., (1998) *Etikk i sosialt arbeid*. (s. 11- 49 = 38 sider).
Oslo: Ad Notam Gyldendal

*Folkehelseinstituttet (s.a.). *Demenslidelser*. Lokalisert på
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039%3A0%3A15%2C4576%3A1%3A0%3A0%3A%3A%3A0%3A0&MainLeft_6039=6041%3A70813%3A%3A1%3A6043%3A4%3A%3A%3A0%3A0 (3 sider)

*Helsedirektoratet (2008, oktober). *Lov om pasientrettigheter kapittel 4 A. Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen.* (Rundskriv IS-10/2008) (s. 20 – 57 = 37 sider)

Oslo: Direktoratet.

*Helsetilsynet (2012) *Rapport frå tilsyn med tvungen helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetslova kapittel 4A til pasienter i sjukeheim i Åmli kommune 2012.* Lokalisert på <http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Aust-Agder/2012/Amli-kommune-tvungen-helsehjelp-sykehjem-2012/> (9 sider).

*Helsetilsynet (2012) *Rapport fra tilsyn med kommunale tjenester, tvungen helsehjelp etter pasient og brukerrettighetsloven kapittel 4A ved Villa Enerhaugen 2012.* Lokalisert på: <http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Oslo/2012/Villa-Enerhaugen-tvungen-helsehjelp-sykehjem--2012/> (11 sider).

*Hem, M. H., Gjerberg, E., Pedersen, R. & Førde, R. (2011) *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> (6 sider).

Hummelvoll, J. K. (2010). *Helt – ikke stykkevis og delt.*

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Johannesen, K., I., Molven, O., & Roalkvam, S., (2007) *Godt. Rett. Rettferdig. Etikk for sykepleiere.* (s. 158 – 170 = 12 sider).

Oslo: Akribe AS

*Kirkevold, Ø., (2005) *Bruk av tvang i sykehjem.* *Tidsskrift for den norske legeforening*, 2005(10) Lokalisert på <http://tidsskriftet.no/article/1192223> (6 sider).

Kristoffersen & Nortvedt (2006) *Relasjonen mellom sykepleier og pasient.* I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (red.) *Grunnleggende sykepleie Bind 1.*

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Pasientrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 3, § 4, § 4 A . Lokalisert på

<http://www.lovdata.no>

*Slettebø, A. & Bunch, E. H. (2004) *Solving ethically difficult care situations in nursing homes*. Lokalisert på <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7ba471e3-a845-47f9-9f7a-c91cc8e427f4%40sessionmgr4&vid=5&hid=7> (11 sider).

Slettebø, Å., (2009). *Sykepleie og Etikk*.

Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Smith, A. (2002) *Helsehjelp til pasienter som helt eller delvis har mistet sin samtykkekompetanse*. Lokalisert på

<http://www.helsebiblioteket.no/Samfunnsmedisin+og+folkehelse/Helser%C3%A5det/2002/Nr.+5-02/Helsehjelp+til+pasienter+som+helt+eller+delvis+har+mistet+sin+samtykkekompetanse.7956.cms> (1 side).

Sykepleierforbundet. (s.a). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Lokalisert på:

<https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/113944/NSF%20yrkesetisk%20nettversjon.pdf>

*Testad, I., Aasland, A. M., & Aarsland, D. (2005) *The effect of staff training on the use of restraint in dementia: a single – blinded randomised controlled trial*. Lokalisert på

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=37f709b7-7cf1-4992-92b2-98d14deb22a0%40sessionmgr4&vid=12&hid=11> (5 sider).

*Travelbee, J., (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (s. 133 – 166 = 33 sider).

Oslo: Universitetsforlaget