



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum  
Avdeling for folkehelsefag  
4AVS304

Kari D. Jacobsen og Jonas Kvålshagen

Veileder: Harald Holst

# Hvordan forebygge bruk av tvang i demensomsorgen

## How to prevent the use of force in dementia care

Antall ord: 9 839

Bachelor i sykepleie, kull 121

2012

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Innholdsfortegnelse</b>                       | <b>3</b>  |
| <b>1 Innledning</b>                              | <b>3</b>  |
| 1.1 Begrunnelse for valg av tema – førforståelse | 3         |
| 1.2 Hensikt og valg av problemstilling           | 3         |
| 1.3 Problemstilling                              | 4         |
| 1.4 Oppgavens avgrensning                        | 4         |
| 1.5 Oppgavens disposisjon                        | <b>5</b>  |
| <b>2 Metode</b>                                  | <b>5</b>  |
| 2.1 Presentasjon av litteratur og valg av kilder | 5         |
| 2.2 Databaser og artikkelsøk                     | 7         |
| 2.3 Kildekritikk                                 | 8         |
| 2.4 Anonymisering                                | <b>9</b>  |
| <b>3 Teori</b>                                   | <b>9</b>  |
| 3.1 Demens                                       | 9         |
| 3.2 Tvang og makt                                | 10        |
| 3.3 Tillitskapende sykepleie                     | 10        |
| 3.4 Personlig hygiene                            | 11        |
| 3.5 Etske dilemmaer                              | 11        |
| 3.6 Lovgivning                                   | 12        |
| 3.7 Omsorg bygger på tillit                      | 14        |
| 3.8 Kommunikasjon                                | 14        |
| 3.8.1 Kommunikasjon med demensrammede            | 15        |
| 3.8.2 Kommunikasjon og etikk                     | <b>17</b> |
| <b>4 Drøfting</b>                                | <b>17</b> |
| 4.1 Tillitskapende kommunikasjon                 | 21        |
| 4.2 Den unike personen bak diagnosen             | 22        |
| 4.3 Tvang og makt                                | 24        |
| 4.4 Etisk dilemma                                | 27        |
| <b>5 Konklusjon</b>                              | <b>28</b> |
| <b>6 Litteraturliste</b>                         | <b>31</b> |
| <b>Vedlegg 1</b>                                 | <b>32</b> |
| <b>Vedlegg 2</b>                                 |           |

# **1 Innledning**

Grensene mellom frivillighet og tvang i helsevesenet er ofte uklare. Det forekommer utbredt bruk av tvang på norske sykehjem (Kirkevold, 2005). Vi har i våre praksisperioder opplevd bruk av tvang både med og uten tvangsvedtak. Vi ønsker igjennom denne oppgaven å belyse viktigheten av å benytte og beherske tillitskapende kommunikasjon i samarbeid med demensrammede. Vi mener dette har stor relevans i dagens omsorgsarbeid og at bruk av riktig metode kan forebygge bruk av tvang.

## **1.1 Begrunnelse for valg av tema - førforståelse**

Høgskolen i Hedmark gav oss tre temaer vi kunne velge mellom når vi skulle skrive vår bacheloroppgave. Temaet vi har valgt å skrive om er ”bruk av tvang i sykepleien til demente pasienter”. Det har vi valgt på grunnlag av tidligere praksiserfaring. I femte semester var vi begge i praksis innenfor alderspsykiatrien. Vi opplevde der bruk av tvang både med og uten tvangsvedtak. Grensene mellom frivillighet og tvang er ikke alltid like tydelige og vi opplevde situasjoner som startet som frivillige gå over til å bli situasjoner hvor det ble benyttet en viss grad av tvang. Ikke alle i personalet var opptatt av eller oppmerksomme på lovens reguleringer i forhold til bruk av tvang. Vi har i ettertid reflektert over hva man kunne ha gjort annerledes for å unngå bruk av tvang. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 4a-3 påpeker at alle tillitskapende tiltak skal ha vært prøvd før en benytter seg av tvang. Som sykepleiestudenter syns vi dette er et interessant og utfordrende tema. Vi vil komme til å møte mennesker med demens i sykehjem, hjemmesykepleien, sykehus og i psykiatrien når vi er ferdige med vår utdanning. Det er viktig for vår rolle som sykepleiere at vi kan finne løsninger på problematiske situasjoner og at vi på den måten kan forhindre bruken av tvang. Det falt seg derfor naturlig å skrive om dette temaet.

## **1.2 Hensikt og valg av problemstilling**

Formålet med oppgaven er å belyse om riktig bruk av tillitskapende kommunikasjon kan forhindre bruken av tvang i demensomsorgen. Som fremtidige sykepleiere ser vi på det som nyttig, lærerikt og spennende å lære mer om dette temaet. Kunnskapen oppgaven gir oss vil kunne styrke vår profesjonalitet og kvalitet som sykepleiere.

## **1.3 Problemstilling**

*Kan sykepleiere forhindre bruk av tvang til personer med demens i forbindelse med personlig hygiene ved bruk av tillitskapende kommunikasjon?*

## **1.4 Oppgavens avgrensning**

Vi har i denne oppgaven valgt å ha hovedfokus på hvordan vi som sykepleiere kan forhindre bruken av tvang til personer med demens som bor i sykehjem. Vi har valgt å avgrense oppgaven til hvordan tillitskapende kommunikasjon og bruk av forskjellige kommunikasjonsteknikker kan forebygge og forhindre bruk av tvang. Grunnen til dette fokuset er at vi i praksis har sett viktigheten av å kunne kommunisere på en god og riktig måte. Det som fungerer for en pasient behøver ikke nødvendigvis fungere for en annen. Vi har valgt å benytte oss av Kari Martinsens omsorgsfilosofi i denne oppgaven. Vi vektlegger områdene som omhandler omsorg, tillit og synet på de svake. Vi mener dette vil kunne bygge oppunder vår oppgave og hjelpe med å svare på problemstillingen. Det fins mange typer av demens, vi har valgt å se på demens som en helhet i oppgaven. Vi kommer ikke inn på risikofaktorer eller behandlingsformer tilknyttet diagnosen. Innenfor etikk fins det fire etiske prinsipper. Vi ser på disse prinsippene som likeverdige og har i denne oppgaven valgt å knytte situasjonene opp imot nærhetsetikken og autonomi. Vi har selv erfart at pasienter med en demensdiagnose ofte kan være sårbar med tanke på selvbestemmelsesrett. Det fins flere ulike kommunikasjonsteknikker innenfor demens. Vi kommer i denne oppgaven kun til å ta for oss validering og reminisens.

## **1.5 Oppgavens disposisjon**

Oppgaven er bygd opp av en innledning, metodedel, teoridel, drøftingsdel og en konklusjon. Metodedelen inneholder en gjennomgang av litteratur, valg av kilder og kildekritikk. Vi vil tydeliggjøre hvordan vi har funnet frem til forskningsartikler som er benyttet i oppgaven og utføre kildekritikk for å vise at vi har benyttet litteratur som gjenspeiler, belyser og besvarer det vi ønsker å drøfte og få svar på i oppgaven. I teoridelen vil vi innhente den kunnskapen vi behøver for å kunne svare på problemstillingen. I drøftingsdelen vil vi drøfte teori som er presentert opp imot forskning og egne erfaringer som vi har tilegnet oss i løpet av utdannelsen. Til slutt vil vi komme med en konklusjon der vi oppsummerer og svarer på problemstillingen i oppgaven. Det vil også foreligge en litteraturliste i henhold til skolens reglement om APA-standard samt vedlegg det er referert til i oppgaven og hvert vårt individuelle notat.

## **2 Metode**

Metoden benyttet i oppgaven er en litteraturstudie basert på pensumlitteratur, selvvalgte bøker, kvalitetssikrede søkemotorer og artikler om temaet. I følge Dalland (2007) går en litteraturstudie ut på å systematisk å gå igjennom litteratur om et tema for å kunne finne et svar på det man lurer på. En litteraturstudie kan ha både en kvalitativ og kvantitativ tilnærming som metode. En kvantitativ metode innebærer å gjøre om informasjon til målbare enheter. Det vil si at det skal gi oss mulighet til å foreta regneoperasjoner, i form av eksempelvis prosent og gjennomsnitt. En kvalitativ metode handler i stor grad om å finne ut om synspunkt og opplevelser som ikke kan omformes til tall eller målinger. Selv om forskjellene mellom disse metodene er store, har de likevel et felles mål; å forstå bedre dagens samfunn vi lever i, i forhold til samhandlingen mellom enkeltindivider, grupper og institusjoner (Dalland, 2007).

### **2.1 Presentasjon av litteratur og valg av kilder**

Før vi startet litteratursøkingen satte vi opp kriterier for å begrense søket. Kriteriene var tema, tid og språk. Vi ønsket å finne litteratur innenfor temaene demens, tvang og kommunikasjon. For å avgrense i forhold til tid og for å få frem så ny litteratur som mulig, valgte vi å se bort fra det som var skrevet før 2000. Vi ønsket å finne nyere forskning enn dette og satte derfor tidskriterier på 7-8 år gammelt. Vi ønsket å finne litteratur på norsk, svensk, dansk eller engelsk. Litteratur som er brukt i oppgaven er pensumlitteratur, fagbøker fra høgskolens bibliotek, fag- og forskningsartikler og forskningsrapporter funnet via ulike databaser. Av offentlige dokumenter har vi benyttet oss av Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og Helsepersonelloven (1999). Selvvalgt litteratur er merket med stjerne (\*) i litteraturlisten.

### **2.2 Databaser og artikkelsøk**

I arbeidet med å søke etter artikler benyttet vi databasene SveMed+, Helsebiblioteket, PubMed og BIBSYS. For å finne engelske søkeord benyttet vi MeSH-termer i SveMed+. De norske søkeordene vi har benyttet er: Demens, tvang, sykehjem, kommunikasjon og etikk. I forhold til de de engelske søkeordene benyttet vi: dementia, restraint, coercion, nursing home, communication, ethics, nursing, Løgstrup og philosophy.

Søkestrategien i form av en tabell er med som et vedlegg til oppgaven (vedlegg 1). Vi benyttet forskjellige kombinasjoner av søkeordene ut ifra hjelpeskjemaet PICO (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinart, 2007) (vedlegg 2). På denne måten strukturerte vi søkene våre. Vi har benyttet forskningsartikler fra Tyskland og Finland. Artiklene ble utvalgt på

bakgrunn av overskrift, gjennomlesning av sammendrag og etter kriteriene vi hadde satt oss på forhånd (kriteriene nevnt ovenfor). Forskningsartiklene vi har valgt ut foreligger i fulltekst i databasene.

Kombinasjonen dementia, communication, nursing home, restraint på PubMed gav 9 treff, hvorav vi valgte ut artikkelen: *Training in dementia care: a cluster-randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany* (Kuske et al., 2009).

Dette er en kvantitativ studie utført i Tyskland basert på spørreskjema og innhenting av data fra arbeidsstedets dokumentasjonssystem. 96 omsorgsgivere og 210 beboere, fordelt i tre grupper deltok i studien. Forskningsartikkelen undersøker effekten av kunnskap og kommunikasjonsevner i samspillet mellom helsepersonell og pasienter med demens. Ut i fra dette ser vi at studien kan relateres til vår praksis og problemstilling.

Søkeordene coercion, ethics, nursing gav 9 treff i Cinahl. Av disse treffene valte vi ut artikkelen *Nurses' ethical perceptions about coercion* (Lind, Kaltiala-Heino, Suominen, Leino-Kilpi & Välimäki, 2004). Dette er en kvalitativ og kvantitativ studie fra Finland basert på spørreskjema utviklet for studien. Den tar for seg sykepleieres oppfatning av etisk problematikk rundt tvang og underbygger at etikkundervisning i faget er viktig for å forhindre tvang. Datainnsamlingen er hentet fra 170 finske sykepleiere fordelt på fem sykehus. Ut i fra artikkelens innhold, ser vi at den er relevant i forhold til vår oppgave.

I tillegg til forskningsartiklene har vi valgt å benytte tre fagartikler i oppgaven. Søk på demens og tvang i SveMed+ gav 7 treff, der vi valgte ut *Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang* (Hem, Gjerberg, Pedersen & Førde, 2010). Artikkelen tar for seg helsepersonells opplevelse av grensen mellom frivillighet og tvang i omsorg til pasienter med demens. Dette er en kvalitativ studie basert på elleve gruppeintervjuer med 60 pleiere fordelt på fem sykehjem. Vi har valgt å ta med denne artikkelen på bakgrunn av at artikkelen omhandler tvang i demensomsorgen, er med på å vise viktigheten av god kommunikasjon i pleiesituasjoner og er relevant opp i mot vår problemstilling. Artikkelen er ekspertgransket, noe som styrker dens validitet.

*The phenomenological ethics of K. E. Løgstrup – a resource for health care ethics* (Holm, 2001) er funnet med søkeordene Løgstrup, ethics, philosophy på Google Scholar. Denne artikkelen har vi valgt å ta med på bakgrunn av at Kari Martinsen (som vi har benyttet som

sykepleieteoretiker i oppgaven) støtter seg mye til Løgstrup's etikk i sin omsorgsfilosofi. Artikkelen kan derfor belyse Kari Martinsens teori.

Fagartikkelen *Etisk refleksjon forebygger tvang og krenkelses* (Myrset, 2010) er funnet på Svemed + med søkeordene demens, tvang. Vi valgte å ta med artikkelen på bakgrunn av at den tar for seg områder som kommunikasjon, tvang og demens, noe som er relevant opp i mot problemstillingen i oppgaven.

### **2.3 Kildekritikk**

Kildekritikk benyttes for å vurdere å fastslå om litteraturen som benyttes er sann. Det er i tillegg viktig å vurdere om det som står i litteraturen kan gjenspeile, belyse eller besvare det man ønsker å svare på i oppgaven i forhold til problemstillingen (Dalland, 2007).

Det er god tilgang på litteratur rundt vårt hovedtema i oppgaven, både ved høgskolen bibliotek og på databaser, og det har av den grunn ikke vært vanskelig å finne nok litteratur. Pensumlitteraturen regner vi som gyldige kilder, siden de alle anbefales av høgskolen. Når det gjelder de selvvalgte bøkene vi har benyttet, er disse funnet via BIBSYS og høgskolens bibliotek.

Kildene vi har brukt er oppdaterte, med det mener vi at vi har benyttet litteratur som er tolv år gammel eller nyere, med unntak av World Health Organization [WHO], (1993) og Kari Martinsen (1990; 1993). I forhold til WHO (1993) er denne kilden gyldig, siden de samme ICD-10 - reglene benyttes i dag. Martinsen (1990; 1993) har vi valgt å benytte på bakgrunn av Kari Martinsens syn og forståelse av omsorg, makt og tvang. I tillegg har hennes sykepleieteori stor innflytelse på dagens sykepleie i Norden (Kristoffersen, 2005).

Vi har ved all litteratur undersøkt hvem som har skrevet denne, i tillegg til at vi har sjekket opp hvem den er beregnet på/til. Dette har vært med på å bedømme kildens relevans og gyldighet opp i mot oppgaven.

Vi har brukt både primærlitteratur og noe sekundærlitteratur. Primærlitteratur er den opprinnelige litteraturen av en forfatter. Ved sekundærlitteratur er den opprinnelige litteraturen bearbeidet og fortolket av en annen forfatter (Dalland, 2007). Vi har med tanke på dette arbeidet mot å benyttet primærlitteratur, siden dette kan ses på som en sterkere kilde. Sekundærlitteraturen vi har benyttet er i forhold til Kari Martinsen, beskrevet i Kristoffersen (2005). Dette kan være en svakhet, siden teksten er tolket og nedskrevet av en annen forfatter

enn Martinsen selv. Vi har likevel valgt å benytte litteraturen siden Kristoffersen (2005) er en del av vår pensumlitteratur.

For å bedømme forskningsartiklenes gyldighet har vi i tillegg benyttet oss av sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2008), som et hjelpemiddel.

Databasene som er benyttet er SveMed+ som er en nordisk database innen medisin- og helsefag, Helsebiblioteket som er en norsk søkemotor for helsepersonell innen medisin og helsefag, PubMed som er en database som har biomedisinsk litteratur fra MEDLINE, og BIBSYS som er en database for høgskoler og universitet.

## **2.4 Anonymisering**

Anonymisering blir i følge De Nasjonale Forskningsetiske komiteer (2010) beskrevet på følgende måte: ”Anonymisering har til hensikt å beskytte den enkeltes personvern slik at opplysninger som blir behandlet forsvarlig og at personidentifiserbare opplysninger blir behandlet av færrest mulig”.

Vi har anonymisert pasientene i de egenerfaringene som blir trukket frem i oppgaven.



### **3 Teori**

I teoridelen gjør vi rede for de mest relevante teoriene rundt demens, tvang og makt, tillitskapende sykepleie, personlig hygiene, etiske dilemmaer, sykepleieteori og kommunikasjon. Vi kommer også inn på lovverket og de yrkesetiske retningslinjene sykepleierne skal forholde seg til.

#### **3.1 Demens**

Demens er en fellesbetegnelse på en rekke tilstander som kan oppstå ved sykdommer og skader i hjernen. Demens kjennetegnes ved kognitiv svikt, endret sosialt atferd, svikt av emosjonell kontroll og nedsatt evne til å utføre dagliglivets funksjoner. Nedsatt hukommelse må foreligge for å benytte betegnelsen demens (Engedal & Haugen, 2005). I følge ICD-10 kriterier for demens, må kjennetegnene over oppfylles, i tillegg til at det må foreligge klar bevissthet og tilstanden må ha varighet på mer enn seks måneder (WHO, 1993).

Demenssykdommer er blant de vanligste sykdommer i alderdommen. Det finnes omtrent 65 000 mennesker med en demenslidelse i Norge i dag, de fleste er over 65 år. Halvparten av pasientene med en demenslidelse er bosatt i sykehjem (Engedal & Haugen, 2005).

Demenslidelsene klassifiserer i tre hovedgrupper avhengig av hvilken sykdom eller skade som har ført til lidelsen, altså etter årsak. Degenerative demenssykdommer, vaskulær demens og demenssykdom som oppstår sekundært av sykdommer eller skader i hjernens blodårer (ibid). Demenssymptomene kan grovt sett deles inn i kognitive symptomer som går på oppmerksomhet, læring og hukommelse, språk, apraksi og handlingsvikt, agnosi, forståelse av handling i rom og intellektuelle evner. Atferdsmessige symptomer som går på depresjon og tilbaketrekning, angst og katastrofereaksjon, vrangforestillinger, personlighetsendringer, apati, rastløs motorisk atferd, irritabilitet og aggressivitet, repeterende handlinger som roping og klamring og forandret døgnrytme. Motoriske symptomer som muskelstyringsproblemer og inkontinens. Disse symptomene varierer noe mellom gruppene av demens, og fra menneske til menneske. Siden ingen demenslidelse kan kureres, vil behandlingen omhandle å lindre symptomene som oppstår (ibid).

#### **3.2 Tvang og makt**

Det finnes mange definisjoner på tvang og makt, vi har valgt å ta utgangspunkt i Fjørtoft (2006) sin definisjon; "tiltak som personen motsetter seg eller ikke har gitt samtykke til" (s. 142). Han påpeker at tvang aldri skal brukes som den lettelse utveien om en pasient har en vanskelig og uønsket atferd. Det skal alltid brukes som siste utvei. For å forebygge tvang er

det viktig med god kommunikasjon og samhandling med pasienten. Nærhet og kjennskap til pasienten er også av betydning (ibid). Vi har også valgt å ta utgangspunkt i Fjørtoft (2006) sin definisjon på makt; ”kan beskrives som evne eller mulighet til å påvirke. I møte med andre mennesker har vi alle makt til å påvirke hverandre på godt eller vondt” (s. 141). Videre skriver Fjørtoft (2006) at ved å bruke makt på en ansvarlig måte kan det opparbeides tillit mellom pleier og pasient. Denne tilliten er viktig for at pasienten skal kunne stole på at pleieren kan gi den omsorgen som behøves. Det er når denne maktutøvelsen oppleves vond, at pasienten kan føle seg krenket eller fratatt verdigheten. Sykepleiere har behov for etisk kunnskap og kompetanse for å kunne utøve pleie og omsorg som ikke skader pasienten (ibid). Eide og Eide (2007) skriver at man sjelden opplever at man kun har to valg; tvang eller ikke tvang. Det fins en rekke forskjellige handlingsalternativer. De fremhever bruk av kreativitet og kommunikasjon som gode hjelpeverktøy for å løse situasjoner med tvang. I følge Eide og Eide (2007) er paternalisme et viktig begrep innen for etikk og sykepleie. Det skal være gode grunner for at legen eller sykepleieren skal kunne bestemme hva som er best for pasienten uten at pasientens ønsker vektlegges. De påpeker at når dette skjer skal det foreligge et tvangsvedtak som er juridisk bindende. Man kan skille mellom svak og sterk paternalisme. Ved svak paternalisme utøves et visst press på pasienten for å få han eller hun til å gjøre noe de i utgangspunktet ikke ønsker men som er til det beste for pasienten. For å kunne benytte sterk paternalisme må det være fare for at pasienten kan skade seg selv eller andre (ibid).

### **3.3 Tillitskapende sykepleie**

Johnsen og Smebye (2008) skriver at tillitskapende tiltak ovenfor pasienter på lang vei er det samme som en god faglig tilnærming. De skriver at vi som helsepersonell har en plikt til å skape en allianse med pasientene våre ut ifra faglige og etiske rammer. Dette er viktige faktorer for å unngå at pasienten motsetter seg helsehjelp (ibid). Helsepersonell må legge forholdene til rette for å skape gode allianser til pasientene, noe som innebærer trygge omgivelser og individuelle hensyn (Helsedirektoratet, 2008). Fjørtoft (2006) understreker at det tar langt tid å bygge opp tillit men at det er fort gjort å bryte den ned.

### **3.4 Personlig hygiene**

Personlig hygiene er et av ansvarsområdene til sykepleiere i praksis. Dette er forankret i Helsepersonelloven (1999) § 4. Helsepersonell har i følge loven et ansvar for å yte forebyggende og helsebevarende sykepleie. Det kan være helsemessige farer ved ikke å få gjennomført personlig hygiene på en god nok måte. Pasienter som er inkontinente for

avføring er ekstra disponible for å utvikle urinveisinfeksjon (Johannessen, 2010). Munnstell er en del av den personlige hygien. Manglende munnstell kan i verste fall føre til en bakterieinfeksjon som representerer fare for liv og helse (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2008). Kirkevold et al. (2008) trekker frem stellet som mulighetens arena. Man skal møte pasienten som et helt menneske, bygge tillit og gi pasienten tid til å utføre stellet i sitt eget tempo. Videre mener Kirkevold et al. (2008) at det på motsatt side kan være fare for at stellsituasjonen kan bli en arena for krenkelser og bruk av tvang (ibid). I en undersøkelse gjort av Engedal, Kirkevold, Eek og Nygård (2001) kommer det frem at det er en høy forekomst av tvang i forbindelse med stell i institusjoner og i hjemmesykepleie. 21 % av helsepersonellet i undersøkelsen svarte at de hadde benyttet tvang i en eller annen form i forbindelse med stell. Kirkevold et al. (2008) trekker frem manglende kunnskap og kyndighet som en årsak til bruk av tvang.

### **3.5 Etiske dilemmaer**

Det finnes ulike definisjoner på et etisk dilemma. Vi har valgt å forholde oss til Brinchmann (2008). Hun omtaler to typer dilemmaer; profesjonelle og moralske eller etiske dilemmaer. For at et dilemma skal utløses må man være engasjert i situasjonen. For at et dilemma skal oppstå må det være flere alternativer, i hovedsak alternativer som alle er uønskede (ibid). På samme måte som man må være engasjert for å se dilemmaet må man ha nok kunnskap til å se at man står oppe i et dilemma. Man må også se at det må tas en avgjørelse i situasjonen, til tross for at man ikke med sikkerhet vet om man tar den riktige avgjørelsen (ibid).

### **3.6 Lovgivning**

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) kapittel 4 A, omhandler helsehjelp til pasienter som har mistet sin samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelp. Kirkevold et al. (2008) skriver at med samtykkekompetanse menes det at man er myndig og at man i stand til å ivareta egne interesser sett både fra et fysisk og et psykisk perspektiv. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) ble innført fordi man ønsket å begrense bruk av tvang samt å forebygge helseskade. Loven vektlegger at man skal respektere pasientens integritet og autonomi. Dersom pasienten motsetter seg nødvendig helsehjelp og at dette kan medføre helseskade, står det i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), kapittel 4A § 4 A-3 at det kan treffes vedtak om helsehjelp dersom,

- a) en unnlattelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, og
- b) helsehjelpen anses nødvendig, og

c) tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen.

I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), § 4A-4 er det bestemt at «Dersom vilkårene i § 4A-3 er oppfylt, kan helsehjelp gjennomføres med tvang eller andre tiltak for å omgå motstand hos pasienten». Loven skriver videre at avgjørelser tatt på vegne av pasienter som ikke har samtykkekompetanse, alltid skal være i pasientens interesse. Et slikt vedtak må alltid etterprøves innen tre måneder (ibid). Kirkevold et al. (2008) påpeker at samtykkekompetanse er situasjonsbestemt. Pasienter med demens kan ha samtykkekompetanse i noen situasjoner, i andre ikke. Dette kalles begrenset samtykke (ibid). Videre skriver Kirkevold et al. (2008) at pasienter med demens, som mangler samtykkekompetanse likevel har krav på informasjon. Sykepleieren må tilpasse informasjonen etter hvilken situasjon og tilstand pasienter er i (ibid). Dette kommer i tillegg frem i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-5. I de tilfellene hvor helsepersonell vurderer å benytte tvang for å ivareta pasientens grunnleggende behov, skal det alltid ha vært forsøkt å finne løsninger gjennom tillitskapende tiltak først (ibid). Helsepersonelloven (1999) kapittel 2 omhandler hvilke krav som stilles til helsepersonells yrkesutøvelse når det gjelder forsvarlighet og kvalifikasjoner. Helsepersonell skal arbeide ut ifra sine egne kvalifikasjoner og innhente hjelp eller henvise videre dersom kvalifikasjonen ikke strekker til (§ 4). I akutte og alvorlige situasjoner hvor det er fare for liv eller alvorlig helsefare kan man yte helsehjelp til personer som ikke har samtykkekompetanse og som motsetter seg nødvendig helsehjelp. Dersom det er tvil om hjelpen er påtrengende nødvendig må man klargjøre dette før helsehjelpen gis (§ 7).

### **3.7 Omsorg bygger på tillit**

Vi har valgt å bruke Kari Martinsens omsorgsfilosofi som et grunnlag i oppgaven. Martinsen er en norsk sykepleier med magistergrad i filosofi. Hennes sykepleieteori har en stor innflytelse i sykepleien i Norden. Hennes sykepleieteori bygger på omsorg, tillit og etikk (Kristoffersen, 2005). Hun mener omsorg er et verdigrunnlag og et svært viktig begrep i sykepleien (Martinsen, 2003). I omsorgen er det svært viktig med tillit (Martinsen, 1990). Tillit og omsorg kan lett vippe over til likegyldighet, enten i form av unnlattelse eller formynderi (ibid). Martinsen understreker at det er viktig å leve seg inn i pasientens situasjon og tar avstand fra bruk av makt (Kristoffersen, 2005).

Kari Martinsen ser mye til Knud E. Løgstrup, en dansk teolog og filosofi når hun skriver om omsorgsfilosofi. Løgstrups filosofi har blitt populær innenfor sykepleien, fordi "spontane

utslag av livet synes å passe godt med et visst bilde av den ideelle sykepleieren som en person som spontant viser omsorg” (Holm, 2001, s. 31, egen oversettelse).

Martinsen (2003) skriver at mange omsorgssituasjoner er vanskelige og problematiske, både for sykepleieren og pasienten. For å kunne se pasientsituasjonen i sin helhet må sykepleieren inneha både fagkunnskaper, praktiske ferdigheter og evnen til å benytte faglig skjønn. Med faglig skjønn mener hun å se den andre gjennom følsom åpenhet, og bruke fagkunnskaper for å kunne forstå pasienten og handle på en måte som gagnar han på en best mulig måte (ibid; Martinsen, 1990). For å kunne forstå pasientens situasjon, er det viktig å se situasjonen ut i fra pasientens ståsted, og forsøke å tyde pasientens livsytringer (Martinsen, 1993). Det er i en slik situasjon viktig at egne følelser ikke kommer i sentrum. Dette kan føre til en likegyldighet overfor pasienten (Martinsen, 1990).

Martinsen (2003) fremhever problematikken i forhold til «om og når en skal gripe inn i en pasients liv mot hans vilje» (s. 71). Martinsen mener at det ikke gis noe entydig svar på dette problemet, men hun tar avstand fra bruk av makt og umyndiggjørelse. Martinsen er i sin sykepleieteori opptatt av begrepet paternalisme (Martinsen, 1990). Det kan benyttes både paternalisme og svak paternalisme i pleiesituasjoner. Martinsen mener at svak paternalisme er å bestemme hva som er best for pasienten i en gitt situasjon, og skal gjøres i den hensikt at den gagnar den enkelte pasient best mulig, herunder å forhindre at pasienten utsettes for farer (ibid). Svak paternalisme og hva som er til det beste for pasienten, mener Martinsen (1990) avgjøres av sykepleierens faglige skjønn og evnen til å sette seg inn i pasientens situasjon, altså evnen til empati. Jo bedre sykepleieren kjenner pasienten, jo lettere er det å unngå maktbruk og utføre pleie som er til det beste for pasienten. Hun mener svak paternalisme skal overordnes pasientens autonomi, det vil si evnen til selvbestemmelse (ibid). Paternalisme i omsorgsutøvelsen handler også om å bestemme hva som er til det beste for pasienten. Martinsen (1990) mener at sykepleieren ved slik bruk ikke har benyttet faglig dyktig skjønn og heller ikke forsøkt å forstå pasientens situasjon. Dette mener hun vil føre til en likegyldighet og en maktutøvelse overfor pasienten (ibid).

Martinsen er spesielt opptatt av de svake pasientgruppene, de som trenger kontinuerlig omsorg og pleie (Kristoffersen, 2005). Hun forklarer at man som helsepersonell har en plikt til å ivareta de pasientene som ikke evner å ivareta seg selv. Hun er opptatt av at den sykepleien som ytes skal foregå på pasientenes premisser, så sant det er forsvarlig. Hun er motstander av overtramp og maktovergrep (Kristoffersen, 2005). Martinsen (2003) skriver om vedlikeholdsomsorg. Med dette mener hun omsorg som handler om vedlikehold av en tilstand. Hensikten er ikke at pasienten skal

bli selvhjulpent eller uavhengig av pleie (ibid). Formålet med pleiesituasjon i vedlikeholdsomsorg er «forsøke å gjøre det så godt som mulig for pasienten i hans her- og nå-situasjon» (ibid, s. 76). Sykepleieren må arbeide mot at pleiesituasjoner blir så enkle som mulig. Det er viktig å snakke på en måte som pasienten forstår, og det bør ikke brukes unødvendig mange fremmede gjenstander i situasjonen (ibid). Pleie med god omsorg, der sykepleieren forsøker å sette seg inn i pasientens situasjon er, i følge Martinsen (2003) arbeid over tid.

### **3.8 Kommunikasjon**

I følge Eide og Eide (2007) kommuniserer alle mennesker på ett eller annet nivå.

Kommunikasjon er utveksling av meningsfylt innhold som foregår mellom to eller flere personer (ibid). I denne oppgaven vil vi fokusere på hjelpende profesjonell kommunikasjon. Denne formen forutsetter kunnskap og ferdigheter som går ut over dagligdags kommunikasjon. Eide og Eide (2007) mener at målet med kommunikasjonen er å hjelpe pasienter med å få dekket sine behov. De beskriver flere aspekter som er viktig i forhold til hjelpende kommunikasjon; lytte, observere og fortolke, skape god relasjoner, formidle informasjon, møte behov, stimulere, strukturere samtaler, åpne for nye handlingsvalg, være åpen og å samarbeide. Videre skriver de at det i hjelpende profesjonell kommunikasjon er viktig å fokusere på omsorg. Man skal som sykepleier igjennom sin måte å kommunisere på kunne styrke, støtte og hjelpe pasientene til å ivareta egne behov. For å kunne gjøre det mener de at man må ha fagkunnskap, man må ha empati for pasientene og man må være målorientert. Et annet viktig element i hjelpende kommunikasjoner er å kunne innstille seg på samme bølgelengde følelsesmessig sett som pasienten (ibid).

#### *3.8.1 Kommunikasjon med demensrammede*

Eide og Eide (2007) mener det kan være vanskelig å få til en god kommunikasjon med en demensrammet dersom man ikke har kunnskaper om hvordan. Sejerøe-Szatkowski (2004) påpeker viktigheten av å vite hvordan kommunikasjonsevnen forandrer seg etter hvert som demenssykdommen utvikler seg. Hun skriver videre at det skjer en endring i hvordan den demensrammede kommuniserer og hvordan de oppfatter andres kommunikasjon. Det blir viktig å ta i bruk kroppsspråk og mimikk for å lykkes i kommunikasjonen på samme måte som det blir viktig å observere den demensrammedes kroppsspråk for å kunne forstå. Ting som kroppstilling, bevegelser, åndedrett, hudens farge og mimikk kan gi en god pekepinn på hvordan han/hun har det (ibid). Rokstad (2005) påpeker på samme måten som Sejerøe-Szatkowski (2004) viktigheten av å være bevisst og fokusert i forhold til bruk av verbal og

nonverbal kommunikasjon i forhold til personer med demens. Rokstad (2005) skriver at et tydelig og enkelt kroppsspråk er viktig for å tydeliggjøre det verbale språket. Man må fokusere på å bruke korte, tydelige og enkle setninger. Innviklede forklaringer bør unngås fordi de vil kunne skape forvirring. Ved å forenkle kommunikasjonen vil man kunne unngå uro, aggresjon og frustrasjon hos den demente (ibid). Rokstad (2005) sier også at det er viktig å ha en forståelse av at kommunikasjon er utveksling av følelsesmessige signaler som kommer til uttrykk gjennom en persons kroppsholdning, ansiktsuttrykk og måten å bruke stemmen på. Det er viktig at personalet bevisst trener på å forenkle kommunikasjonen og for å få et bevisst forhold til dette (ibid).

Sejerøe-Szatkowski (2004) mener det er viktig å velge de rette arenaene for kommunikasjon. De beste rammene kan man få på den demensrammendes rom fordi de føler seg trygge der. Det er viktig å unngå støy og andre stimuli enn selve samtalen fordi det fort vil kunne trekke oppmerksomheten i en annen retning (ibid). Eide og Eide (2007) påpeker viktigheten av respekt når de skriver om kommunikasjon med demensrammede. Det å møte den gamle på hans eller hennes premisser vil ha stor betydning for hvordan samtalen blir. Det er viktig å kunne ta seg god tid, være tålmodig, benytte bekreftende kommunikasjon, vise interesse, bruke korte setninger og nonverbal kommunikasjon. Man må også bruke kjente ord og uttrykk og ikke skifte tema for raskt (ibid). Fordi personer med demens kan ha mistet evnen til å forholde seg til fortid, nåtid og fremtid kan det til tider være vanskelig å forstå hva personen sier og mener. Det kan da være lurt å snakke med de pårørende å få de til å fortelle litt mer om livshistorien deres (ibid; Sejerøe-Szatkowski, 2004).

Eide og Eide (2007) trekker frem validering og reminisens som sentrale begreper i kommunikasjon med pasienter med demens. Validering er bekreftende og anerkjennende kommunikasjon. Ingebretsen (2005) mener at målet med validering er å ta utgangspunkt i pasientens opplevelse for å forhindre at de trekker seg tilbake til sin egen verden. I følge Eide og Eide (2007) forsøker man ved reminisens å hente frem minner ved bruk av bilder og gjenstander eller at man snakker om livshistorien deres. Sejerøe-Szatkowski (2004) trekker frem sansene som viktige i forhold til å hente frem minner. Lukt er den sterkeste av sansene. Man husker ofte situasjoner rundt en lukt selv om man ikke klarer å beskrive den. Bilder, gjenstander, smak og lyd – sang og musikk, er andre sanser som benyttes i reminisensarbeid (ibid).

### *3.8.2 Kommunikasjon og etikk*

Eide og Eide (2007) påpeker viktigheten av etikk i hjelpende profesjonell kommunikasjon.

For å bruke kommunikasjonsetikk må man vite hvordan man skal kommunisere med pasienter, pårørende, kolleger eller andre, spesielt i moralsk vanskelige situasjoner. Etikk er hjelperens holdninger og verdier i praksis (ibid). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (Norsk Sykepleierforbund, 2011) tar for seg sykepleiens grunnlag; ”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert” (s. 7).

Brinchmann (2008) kommer inn på maktforholdet mellom sykepleier og pasient når hun skriver om nærhetsetikk – også kalt relasjonsetikk. «Sykepleierens moral og etikk kommer til uttrykk via hennes væremåte og kroppsspråk, så vel som gjennom det hun sier eller gjør» (ibid, s. 126). I følge Eide og Eide (2007) er mennesker sårbare, spesielt når de er i en pasientsituasjon. Det er viktig at sykepleieren er der for å hjelpe og at pasienten føler det fins tid til dette (ibid).

I følge Slettebø (2009) er autonomi et viktig begrep innenfor etikk og sykepleie. Pasientens rett til selvbestemmelse, og i enkelte tilfeller medbestemmelse, er en viktig side av sykepleien. Man kan i utgangspunktet aldri ta i fra et menneske autonomien, men tolkningen av hva autonomi er kan være noe forskjellig. Videre mener Slettebø (2009) at pasientautonomi kan være et prinsipp, en egenskap eller en rettighet. Graden av autonomien avhenger av pasientens medisinske tilstand. Det å gå imot pasientens autonomi skal alltid være veloverveid, og avgjørelsen skal ha blitt tatt på grunnlag av at det er til pasientens beste i det lange løp (ibid). For å kunne foreta autonome handlinger må pasienten være kompetent, det bli si at man forstår hvilke konsekvenser handlingen får. Faktorer som kan påvirke graden av å være kompetent kan være angst, depresjon, demens og sterke smerter (ibid).



## 4 Drøfting

I drøftingen vil vi benytte kunnskapen vi har opparbeidet oss igjennom teoridelen i oppgaven. Vi vil også trekke inn de fag- og forskningsartiklene vi har presentert i metodekapittelet. Vi vil trekke inn egne erfaringer gjort i løpet av vår sykepleierutdannelse for å synliggjøre viktigheten av sykepleierens funksjon og kunnskaper.

Problemstillingen vi skal svare på i oppgaven er:

Kan sykepleiere forhindre bruk av tvang til personer med demens i forbindelse med personlig hygiene ved bruk av tillitskapende kommunikasjon?

### 4.1 Tillitskapende kommunikasjon

Eide og Eide (2007) hevder at alle mennesker kommuniserer på ett eller annet nivå. De mener videre at hjelpende kommunikasjon er en god metode for å hjelpe pasienter til å få dekket sine behov. Denne måten å kommunisere på forutsetter kunnskaper om kommunikasjon og mennesket man ønsker å kommunisere med. Hensikten er å skape tillit og å hjelpe pasienten. Eide og Eide (2007) påpeker i tillegg viktigheten av omsorg. I likhet med Eide og Eide (2007) vektlegger Martinsen (1990) tillit og fagkunnskap i samarbeidet med pasienten, noe som Johnsen og Smebye (2008) beskriver som tillitskapende sykepleie. Martinsen (1990) påpeker at dersom man ikke klarer å skape tillit vil situasjoner som starter som frivillige kunne gå over til å bli situasjoner hvor det benyttes tvang. Dette underbygges av en studie utført av Hem et al. (2010) som tar for seg helsepersonells opplevelse av grenselandet mellom frivillighet og tvang. Vi kommer nærmere inn på denne studien på side 23.

På lik linje med forannevnte forfattere og på bakgrunn av praksiserfaringer, mener vi det er viktig å ha kunnskap om tillitskapende kommunikasjon for å hjelpe pasienter til å få best mulig omsorg og dekket sine behov. Videre mener vi at det er viktig å oppnå en god relasjon og et tillitsforhold til pasienten for å få lov til å hjelpe. Dersom vi på den motsatte side ikke har gode nok kunnskaper om kommunikasjon og pasient vil det kunne være vanskelig å oppnå tillit. Dette underbygges av Martinsens (1990) forståelse av tillit. På tross av dette mener vi, med bakgrunn i teoretisk og praktisk erfaring at selv om man har kunnskaper om kommunikasjon og pasient vil det kunne oppstå situasjoner man ikke klarer å løse uten bruk av tvang.

I tillegg til tillit påpeker Eide og Eide (2007) viktigheten av respekt i kommunikasjon med demensrammede. Respekten ligger i å være tålmodig, ta seg god tid, vise interesse og benytte korte setninger og et tydelig kroppsspråk. Sejerøe-Szatkowski (2004) hevder at

kommunikasjonsevnen til personer med demens forandrer seg etter hvert som demenssykdommen utvikler seg. Hun påpeker på samme måte som Eide og Eide (2007) viktigheten av nonverbal kommunikasjon. Videre sier hun at kroppsspråket kan gi oss nyttig informasjon om hvordan den demensrammede har det. På grunnlag av erfaring fra praksis mener vi at det er viktig å kjenne en pasient for å kunne lese kroppsspråket på en god måte. Rokstad (2005) mener i likhet med Eide og Eide (2007) og Sejerøe-Szatkowski (2004) at et kroppsspråk som tydeliggjør det verbale språket er viktig. Bruk av korte, tydelige og enkle setninger er av betydning. Videre hevder Rokstad (2005) det er viktig at personalet bevisst trener på å forenkle kommunikasjonen og bruk av kroppsspråk. Ved å gjøre dette mener Rokstad at man kan unngå frustrasjon, uro og aggresjon hos den demensrammede. Vi er, på bakgrunn av praksiserfaring, enige med forfatterne om at bruk av kroppsspråk er viktig dersom det brukes korrekt og underbygger det som sies verbalt. Vi har også, på motsatt side, opplevd at et lite gjennomtenkt kroppsspråk kan forverre situasjonen. Rokstad (2005) hevder at dersom man bevisst trener på bruk av kroppsspråk, vil man muligens kunne redusere missforståelser både hos de ansatte og hos pasienter.

Vi har selv erfart nytteverdien av bevisst trening i kroppsspråk og hvordan vi fikk bruk for dette i arbeidsdagen. Dette var i en spesialavdeling hvor det kun bodde demensrammede. De ansatte var meget opptatt av at for å unngå frustrasjon, uro og aggresjon hos beboerne måtte de være flinke til å løse situasjoner i forkant ved å ha kompetanse. Det ble ukentlig holdt veiledningskurs i kommunikasjon. Vi ser i ettertid at dersom det ikke var blitt trent på dette kunne flere tvangssituasjoner ha oppstått.

En undersøkelse utført av Kuske et al. (2009) viser det samme som vi erfarte i praksis. I den utførte studien fulgte man en gruppe pleiere på et sykehjem som fikk spesialisert opplæring i kommunikasjon med pasienter rammet av demens. Opplæringen hadde til hensikt å forbedre samspillet mellom beboere med demens og deres omsorgsgivere for å forhindre bruk av tvang. Resultatet var positivt i forhold til fysiske begrensinger rett etter opplæringen var avsluttet og ved en oppfølging etter seks måneder. Det ble konkludert med at selv om det var positive resultater ville det være hensiktsmessig å ha enda mer spesialisert opplæring i forhold til kommunikasjonsteknikker opp imot personer med demens.

I likhet med Rokstad (2005) og Kuske et al. (2009) påpeker Martinsen (2003) viktigheten av å snakke på en måte som pasienten forstår. Hun mener i tillegg at man bør unngå å benytte for mange gjenstander i stellsituasjoner for å unngå forvirring hos pasienten. Sett i fra vår synsvinkel underbygger dette viktigheten av opplæring blant pleiepersonellet for å forhindre bruk av tvang.

Eide og Eide (2007) trekker frem flere kommunikasjonsmetoder man kan benytte for å nå frem til den demensrammede. De mest kjente metodene er reminisens og validering.

Validering er bekreftende og anerkjennende kommunikasjon. Ingebretsen (2005) hevder at det er viktig å bekrefte det pasienten føler, mener og ser for å unngå at pasienten trekker seg tilbake i sin egen verden, noe som er mye likt validering. Reminisens er i følge Eide og Eide (2007) en metode hvor man forsøker å hente frem minner. Fortiden er enklere for den demensrammede å huske enn nåtiden. Dette underbygger viktigheten av å kjenne pasientens livshistorie. Man kan for eksempel benytte bilder eller gjenstander. I likhet med Eide og Eide (2007) trekker Sejerøe-Szatkowski (2004) frem viktigheten av å stimulere sansene for å hente frem minner.

Ut i fra vårt synspunkt er reminisens positivt på den måten at man kan få frem gode minner fra fortiden som kan stimulere til samtale, noe vi har erfart i praksis. På den andre siden vil man kunne hente frem vonde minner som for eksempel bortgang av ektefelle som kan resultere i at pasienten blir lei seg og urolig. Ved å trøste pasienten i en slik situasjon vil vi kunne snu situasjonen og skape et tillitsforhold. Til tross for at man kan risikere å hente frem vonde minner ser vi på reminisens som en god måte å skape kontakt med pasienten på.

Ut i fra vårt synspunkt er validering positivt ved at man evner å skape en god relasjon og et tillitsforhold fordi man bekrefter pasientens oppfatninger. På den andre siden kan man risikere å gi pasienten et litt galt bilde av situasjonen og bekrefte noe som ikke er reelt. Til tross for dette vil det være viktig å reflektere over hva som er til det beste for pasienten. Man må vurdere, i hver enkelt situasjon, om det skal benyttes reminisens eller validering.

Sejerøe-Szatkowski (2004) mener at målet med tillitskapende kommunikasjon er å få lov å hjelpe den demensrammede til best mulig sykepleie. Kirkevold et al. (2008) trekker frem stedet som mulighetens arena hvor man kan bygge en god relasjon og et tillitsforhold. Med vår bakgrunn som sykepleierstudenter mener vi at ved å kjenne den demensrammede kan vi lettere forstå hvorfor pasienten ikke vil; kanskje det er fordi han ikke kan, ikke vet hvordan eller ikke klarer selv. På motsatt side mener vi, i likhet med Kirkevold et al. (2008) at det kan være en fare for at stellsituasjonen kan bli en arena for krenkelser og bruk av tvang. Martinsen (2003) er i likhet med Kirkevold et al (2008) opptatt av å gjøre pleiesituasjoner enkle og hun påpeker viktigheten av å kommunisere med pasienten på en slik måte at de forstår.

Vi har i praksis erfart tvangssituasjoner som mulig kunne ha vært unngått. En pasient som var rammet av demens hadde i langt tid nektet å utføre munnstell. Om man forsøkte å hjelpe henne ble hun aggressiv. Det ble tatt en avgjørelse om at munnstell var så viktig at dette måtte

utføres om pasienten ville eller ikke. Det ble ingen hyggelig situasjon, verken for pasienten eller for helsepersonellet som utførte dette. I ettertid har vi reflektert over denne situasjonen for å se om det var noe som kunne ha vært gjort annerledes.

Som sykepleierstudenter vil vi understreke at vi ser viktigheten av munnstell. De helsemessige farene som kan oppstå når pasientens munnstatus ikke blir ivaretatt kan være mange og alvorlige (Kirkevold et al., 2008). Bakgrunnen for å utføre munnstell uten pasientens samtykke må vurderes opp imot de helsemessige farene som kan oppstå (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Ut ifra vårt synspunkt var beslutningen om å utføre munnstell på den ene siden forsvarlig på bakgrunn av de farene som kunne ha oppstått. Til tross for dette mener vi allikevel at denne situasjonen kunne ha blitt håndtert på en annen måte. Med bakgrunn i teoretisk kunnskap om kommunikasjon mener vi at det å benytte tillitskapende kommunikasjon i dette tilfellet kunne ha vært en løsning for å unngå bruk av tvang. På den andre siden ser vi de helsemessige problemene som kunne ha oppstått dersom pasienten fortsatte å nekte å utføre munnstell. Ved å benytte svak paternalisme på bakgrunn av en faglig vurdering kan man i denne situasjonen bestemme hva som er til det beste for pasienten (Martinsen, 1990).

Sett ut ifra vår teoretiske kunnskap bryter det å utføre tvang i denne situasjonen med *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (Norsk Sykepleierforbund, 2011). I kapittel 2 står det ”Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket”(s. 8). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) skriver at det kun kan gis helsehjelp dersom pasienten samtykker til det, noe som pasienten i dette tilfellet ikke gjør. Vi skal så langt det lar seg gjøre, la pasienten foreta egne valg og vi skal respektere disse valgene (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Ved å forsøke å kommunisere med pasienten og å skape en god relasjon og tillit vil man kunne skape trygghet og vise omsorg. Martinsen (2003) vektlegger dette i sin omsorgsteori. På grunnlag av *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICN’s etiske regler* (Norsk Sykepleierforbund, 2011) vil det være nødvendig å få pasienten til å forstå hvor viktig det er at det utføres munnstell.

Hem et al. (2010) mener i likhet med Martinsen (2003) at ved å skape gode relasjoner til pasientene kan man øke samarbeid og frivillighet og på denne måten redusere bruken av tvang. Dette underbygger vår refleksjon om at tvang i denne situasjonen kunne ha vært unngått.

Den teoretiske delen av denne oppgaven, samt erfaring fra praksis peker i retning av at kommunikasjon er et viktig område for å skape tillit i forholdet mellom sykepleier og pasient. Det som også skaper tillit er å se personen bak diagnosen.

#### **4.2 Den unike personen bak diagnosen**

Vi mener at for å kunne tilrettelegge god sykepleie og forhindre bruk av tvang ovenfor pasienter med demens bør vi ha kunnskap om den unike personen bak diagnosen. Dette underbygges av Eide og Eide (2007) som trekker frem viktigheten av å få et bilde av hvordan personen var før demensdiagnosen. I denne prosessen vil det være viktig å trekke inn de pårørende. Myrset (2010) trekker i likhet med Eide og Eide frem viktigheten av samarbeid mellom sykepleier og pårørende for at pasienten skal få det best mulig. Hva likte og hva likte ikke pasienten før demensdiagnosen?

Sett ut i fra hva Eide og Eide (2007) og Myrset (2010) hevder, tyder det på at det er avgjørende å ha pårørende som kan fortelle hvordan pasienten var før diagnosen. Ut i fra vår synsvinkel er det viktig å få informasjon om pasienten, men det er ikke alltid avgjørende for å unngå tvangssituasjoner. Bakgrunnen for at vi mener dette er at det fins mange typer av demens og at disse utarter seg på forskjellig måte hos forskjellige mennesker (Engedal og Haugen, 2005). Martinsen (1993) mener i motsetning til Eide og Eide (2007) og Myrset (2010) at det er pasientens her -og nå-situasjon som er viktig for å kunne gi god sykepleie, noe vi ser oss enige i.

I praksis på sykehjem opplevde vi nytteverdien av å ha en pasienthistorie på hver enkelt pasient. På hvert pasientrom hang det et hefte hvor de pårørende hadde skrevet informasjon om familieforhold, om hvor pasienten hadde vokst opp, hvor de hadde bodd i løpet av livet, hva de hadde arbeidet med, hobbyer osv. Bakgrunnen for bruken av heftet var at de ansatte skulle få kunnskap om pasienten og dens livshistorie. Dette hadde stor nytteverdi for både studenter og nyansatte. Denne informasjonen gav en fin innfallsvinkel til å opparbeide tillit og å skape en god relasjon til hver enkelt pasient. Det ble skapt en god faglig tilnærming, noe Johnsen og Smebye (2008) betegner som tillitskapende sykepleie. Vi hadde kunnskap om diagnosen, vi hadde bakgrunnsinformasjon om pasienten fra de pårørende og vi brukte tid på å skape en god relasjon til pasientene ut ifra faglige og etiske rammer. Dette er ifølge Johnsen og Smebye (2008) viktige faktorer for å kunne unngå at pasientene motsetter seg helsehjelp. Nyten vi så av disse pasienthistoriene peker i retning av at Eide og Eide (2007) og Myrset (2010) har rett i sin vurdering om nytteverdien av å ha bakgrunnsinformasjon om pasienten.

Dersom det på motsatt side ikke hadde eksistert noen pasienthistorie, ville det ha endret situasjonen? Det spørsmålet kan det bli vanskelig å svare på, men det peker i den retningen av at det ville ha vært mer tilfeldig hva slags kunnskap pleiepersonellet hadde om hver enkelt pasient. Muligheten til å bygge en god relasjon og bli kjent med den unike pasienten bak diagnosen kunne ha blitt vanskeligere. Fjørtoft (2006) påpeker i likhet med Martinsen (2003) at det å skape gode allianser og inngi til tillit, kan forebygge bruk av tvang. Fjørtoft (2006) hevder videre at det tar lang tid å bygge opp tillit, men det er fort gjort å bryte den ned igjen.

### **4.3 Tvang og makt**

Fjørtoft (2006) hevder at dersom man utfører tiltak mot en person som ikke ønsker eller som motsetter seg dette, utøver man tvang. Videre sier han at man aldri skal bruke tvang som en enkel løsning på et problem, men som en siste utvei dersom pasienten har en uønsket og vanskelig atferd. Han påpeker også at kommunikasjon og samhandling er viktige metoder for å forhindre tvang. Vi tolker dette som at makt, sett i et sykepleieperspektiv, kan være at man påvirker en person til å gjøre noe personen ikke ønsker. Dette mener vi kan krenke pasienten eller frarøve pasienten sin verdighet.

I følge Kirkevold et al. (2008) har alle mennesker i utgangspunktet samtykkekompetanse. Det betyr at man er myndig og i stand til å ta egne avgjørelser både på grunnlag av fysisk og psykisk tilstand. I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) kommer det frem at en person kan miste sin samtykkekompetanse helt eller delvis. Kirkevold et al. (2008) påpeker videre at demens kan være en av grunnene til at en person kan miste sin samtykkekompetanse. Videre forklarer de at samtykkekompetansen er situasjonsbestemt og at den demensrammede kan ha samtykkekompetanse i noen situasjoner, andre ikke, dette beskriver de som begrenset samtykke. Avgjørelser som tas på vegne av pasienter uten samtykkekompetanse, skal i følge Kirkevold et al. (2008) alltid tas med utgangspunkt i pasientens beste. Ut i fra vår teoretiske og praktiske erfaring ser vi viktigheten av refleksjoner rundt dette temaet. Selv om en pasient har delvis samtykkekompetanse vil det være viktig at man alltid forsøker frivillige løsninger før man vurderer bruk av tvang. Dette er i tråd med Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) som påpeker at det alltid skal være forsøkt frivillige løsninger gjennom tillitskapende tiltak før man vurderer bruk av tvang (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

I tråd med Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) tar Martinsen (1990) avstand fra bruk av makt og umyndiggjørelse. Hun er spesielt opptatt av de pasientgruppene som ikke klarer å ta vare på seg selv og sier at sykepleien skal foregå på pasientens premisser så lenge dette er forsvarlig. På den ene siden trekker Martinsen (1990) frem viktigheten av å kjenne pasienten

for å kunne unngå bruk av makt og tilrettelegge for den pleien som er best for pasienten. På den andre siden er hun positiv til bruk av svak paternalisme i vanskelige situasjoner. Dette mener hun skal avgjøres av sykepleierens faglige skjønn og evne til å sette seg inn i pasientens situasjon. Svak paternalisme er hva som er til det beste for pasienten (Martinsen, 1990). Som sykepleierstudenter har vi lært og erfart at tvang og makt skal unngås. Om man må, av helsemessige grunner, benytte tvang skal det være fattet et tvangsvedtak på dette (Pasient- og brukerrettighetsloven, kapittel 4A, 1999). Det kommer ikke tydelig frem i Martinsens teori om hun er positiv til svak paternalisme med eller uten et tvangsvedtak. Slik vi ser det er all bruk av tvang uten et tvangsvedtak å gå ut over det man som helsepersonell har lov til.

I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) står det at dersom pasienten motsetter seg nødvendig helsehjelp og at dette kan medføre helseskade kan man fatte vedtak om helsehjelp. Avgjørelsen om det skal fattes et vedtak om at helsehjelpen kan gjennomføres med tvang eller tiltak som gjør at pasienten ikke yter motstand skal alltid tas med bakgrunn i pasientens interesse. Hem et al. (2010) har utført en studie som tar for seg bruk av tvang i sykehjem. Den ser på grenselandet mellom frivillighet og tvang i pleie til personer med demens i sykehjem. De fokuserte på stellsituasjoner. Det skisseres en situasjon hvor en pasient er tilgriset av avføring som ikke ønsker å dusje. Pleierne forklarer hvordan de opplevde denne situasjonen. For å kunne hjelpe pasienten med å få vasket av seg avføringen ved å benytte litt tvang eller den lille tvangen, mener de at dette er akseptabelt. Problemet dukker først opp dersom litt tvang går over til å bli mye tvang. Slik vi ser det strider dette med hva Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) sier om tvangssituasjoner. Det blir ikke, slik vi oppfatter det, gjort noe tvangsvedtak om at helsehjelpen skal gis. Vi mener videre at det strider i mot *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (Norsk Sykepleierforbund, 2011) som sier at pasienten har medbestemmelsesrett og rett til ikke å bli krenket. På den andre siden ser vi nødvendigheten av at pasienten får vasket av seg avføringen med bakgrunn i pasientens verdighet.

Andre situasjoner som er beskrevet er stell av negler. Det fortelles om situasjoner hvor opp til fire- fem personer har vært involvert. Dette beskriver pleierne selv som tvangssituasjoner og at de ikke er noe hyggelige. Det kommer ikke frem om det i slike tilfeller ble fattet tvangsvedtak. Tannpuss og munnstell blir også nevnt som situasjoner hvor det kan oppstå tvang. Pleierne forteller om episoder hvor hender blir holdt for at man skal få tatt ut tannprotesene for å få pusset de. Vi mener denne undersøkelsen viser at det kan være vanskelig å ha helt klart for seg hva som er frivillighet og hva som er tvang.

Vi har i praksis opplevd situasjoner som har vippet over fra frivillighet til tvang. En av disse situasjonene gjaldt en pasient med en demensdiagnose som var inkontinent for urin og avføring som hadde stadig tilbakevendende urinveisinfeksjon. Pasienten hadde ved flere anledninger tidligere motsatt seg hjelp ved nedentilvask. I det opplevde tilfellet ble det utført vask på overkroppen uten at pasienten motsatte seg dette. Da pleieren skulle vaske pasienten nedentil, viste hun tydelig at dette var noe hun ikke ønsket. Dette resulterte i at pleieren, på tross av pasientens mening, holdt benene til side for å få vasket. Situasjonen hadde vippet over fra frivillighet til bruk av tvang. Slik vi ser det benyttet pleieren i denne situasjonen sterk paternalisme. Vi mener hun tok bestemmelsen for pasienten uten at pasientens mening og hennes autonomi ble ivaretatt. Som sykepleiestudenter vil vi understreke at vi ser nødvendigheten av at pasienten fikk vasket seg. Hun var inkontinent og hadde lett for å få urinveisinfeksjon. Som helsepersonell har vi et ansvar for å yte helsefremmende og forebyggende sykepleie (Helsepersonelloven, 1999, § 4). En stadig tilbakevendende urinveisinfeksjon kan medføre ytterligere plager for pasienten (Johannessen, 2010). Til tross for dette ser vi likevel at situasjonen kunne ha blitt håndtert på en annen måte, slik at bruk av tvang ikke hadde blitt et alternativ. Etter vår mening er det viktig, i denne situasjonen, å ta frem det som Martinsen (1990) omtaler som svak paternalisme. For å unngå maktbruk, mener Martinsen at det er viktig å vise empati og benytte faglig skjønn for å vurdere hva som er til det beste for pasienten, noe vi ser oss enige i. I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) står det at tillitskapende tiltak skal være utprøvd før man vurderer å benytte tvang. I situasjonen beskrevet ovenfor mener vi dette ikke ble gjort på en riktig måte. Sett ut i fra en annen synsvinkel ser vi de helsemessige komplikasjonene som kunne ha oppstått dersom pasienten ikke hadde fått utført nedentilvask. Hun ville ha stått i fare for å utvikle en ny urinveisinfeksjon på grunn av at den personlige hygienen ikke ble ivaretatt på en forsvarlig måte. På grunnlag av dette ser vi viktigheten av å reflektere over hva som er til det beste for pasienten i en stellsituasjon. Bruk av tillitskapende kommunikasjon er et av tiltakene som bør være forsøkt før tvang vurderes.

#### **4.4 Etisk dilemma**

Eide og Eide (2007) påpeker viktigheten av etikk i hjelpende kommunikasjon. De viser til at etikk er hjelperens holdninger og verdier i praksis. Brinchmann (2008) hevder også at et dilemma oppstår når det fins flere alternativer man kan velge mellom hvor de alle i utgangspunktet er uønskede. Eide og Eide (2007) mener i tillegg at måten å kommunisere på kan ha en avgjørende årsak på hvordan den vanskelige situasjonen løses. Det vil, som vi



tidligere har påpekt, være viktig med blant annet kunnskap om demensdiagnosen, personen bak diagnosen og kommunikasjon. Helsepersonelloven (1999) kapittel 2 viser til hvilke krav som stilles til helsepersonell. Det påpekes viktigheten av kvalifikasjoner og forsvarlighet. Om man er usikker i en situasjon skal man innhente hjelp fra andre. Om man er i tvil om helsehjelpen er påtrengende nødvendig må dette klargjøres før hjelpen gis. Martinsen (2003) hevder også at mange omsorgssituasjoner kan bli vanskelige, både for sykepleieren og pasienten. Hun mener videre at sykepleien skal foregå på pasientens premisser, så fremt det er forsvarlig. Hun er i tillegg opptatt av de pasientene som ikke klarer seg på egenhånd og som er helt avhengig av hjelp fra helsepersonell. Martinsen påpeker videre viktigheten av at man må sette seg inn i pasientens situasjon og at man må forsøke å legge til rette for best mulig pleie. Med bakgrunn i teori og praksis fra skolen ser vi at denne delen av Martinsens teori bygger på sykepleie som vektlegger omsorg, tillitt og pasientens autonomi. På den andre siden er Martinsen (2003) positiv til svak paternalisme. Hun mener det er forsvarlig å benytte svak paternalisme dersom dette er til det beste for pasienten. Svak paternalisme skal overordnes pasientens autonomi (ibid). Med den faglige kompetansen vi har opparbeidet oss som sykepleierstudenter mener vi det er et stort språk mellom frivillighet og svak paternalisme. Grunnen til at vi hevder det er at ved frivillighet er det pasienten, uten innvirkning fra andre, som selv bestemmer hva han/hun ønsker. Ved svak paternalisme blir pasienten styrt til å gjøre det en annen person mener er til det beste for han/henne. Vi er enige med Martinsen (2003) om at man som sykepleier skal inneha nok faglig og menneskelig kompetanse til å vurdere hva som er til det beste for pasienten.

Lind et al. (2004) har i sin forskningsartikkel kommet frem til at noen sykepleiere opplever tvangssituasjoner som etisk problematiske i forhold til pasientens autonomi. På lik linje med Martinsen (2003) hevder de at opplæring og undervisning vil kunne påvirke hvordan situasjoner blir håndtert. De påpeker videre også viktigheten av refleksjoner og diskusjoner rundt etiske problemer.

Den selvopplevde situasjonen i avsnittet som omhandler tvang og makt på side 23 er et eksempel på et etisk dilemma. Det etiske dilemmaet oppstår når pleieren skal hjelpe pasienten med nedentilvask og pasienten motsetter seg denne hjelpen. Slik vi ser det finnes det aldri en fullgod løsning på et etisk dilemma. I pasientsituasjonen beskrevet ovenfor har man flere alternativer. To ytterpunkter vil være; nedentilvask under tvang eller unnlate å utføre nedentilvask. I følge Eide og Eide (2007) kommer valg av alternativ an på hvilke holdninger og verdier en pleier har. Slik vi ser det, vil det å unnlate å utføre nedentilvask, slik at tvang unngås, være det riktigste alternativet etisk sett. Helsemessig sett vil det være uriktig å unnlate

å utføre nedentilvask. Det må derfor vurderes hva som skal veie tyngst. Det etiske eller det helsemessige.

Helsepersonelloven (1999) stiller krav til forsvarlighet hos helsepersonell og det må også klarlegges på forhånd om helsehjelpen er påtrengende nødvendig. Ut i fra vårt synspunkt var beslutningen med å benytte tvang ovenfor pasienten på den ene siden forsvarlig, siden pasienten kunne ha blitt utsatt for farer om personlig hygiene ikke ble utført. Til tross for dette var nok ikke hjelpen påtrengende nødvendig. Ut fra fagkunnskaper ville det vært uforsvarlig på sikt å ikke utføre nedentilvask. På den andre siden er det, sett ut i fra et etisk synspunkt ikke riktig å benytte tvang. Pasientens autonomi ble ikke ivaretatt, noe som kunne ha ført til krenkelse av pasientens integritet.

Vi mener at situasjonen kunne ha blitt håndtert annerledes dersom pleieren hadde benyttet etisk refleksjon, noe som kan understrekes av Lind et al. (2004). På denne måten ville kanskje pleieren ha prøvd ut andre tiltak som for eksempel hjelpende kommunikasjon, før tvang ble et alternativ.

## 5 Konklusjon

Arbeidet med oppgaven har gitt oss en forståelse av at det er flere medvirkende faktorer som virker inn for å forhindre bruk av tvang i sykepleien. Det har vært viktig å belyse og drøfte forskjellige sider av temaet for å besvare problemstillingen som er: ”Kan sykepleiere forhindre bruk av tvang til personer med demens i forbindelse med personlig hygiene ved bruk av tillitskapende kommunikasjon?”.

Oppgaven forteller oss at det ikke er noe enkelt svar på hvordan man kan forhindre bruk av tvang ovenfor en person som er rammet av demens. Vi finner videre at tillitskapende kommunikasjon alene ikke kan løse alle vanskelige situasjoner, men at bruk av svak paternalisme i kombinasjon med denne formen for kommunikasjon vil være en tilnæringsmåte å anbefale før tvang blir et alternativ.

Slik vi tolker funnene i vårt arbeid, vil bevissthet og kunnskap om dette området bidra til større trygghet hos sykepleieren, som i neste omgang kan bidra til å forhindre bruk av tvang. I tillegg viser drøftingen at evnen til å reflektere og diskutere mulige løsninger vil kunne øke kompetansen hos sykepleiere som arbeider med denne pasientgruppen.

Sammenholder vi disse funnene handler det om at tillitskapende kommunikasjon settes inn i en sammenheng og blir en del av en helhetlig holdning i et aktivt reflekterende miljø. Slik vil både faglige aspekter, og aspekter knyttet til ivaretagelse av pasientens autonomi være til stede i vurderingene som gjøres.

## 6 Litteraturliste

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

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

\*De Nasjonale Forskningsetiske komiteer (2010). Lokalisert 23. april 2012 på:

<http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/God-forskningspraksis/Anonymisering/>  
(1 side).

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

\*Engedal, K., Kirkevold, Ø., Eek, A. & Nygård, A-M. (2001). *Skal, skal ikke...*

*Rettighetsbegrensinger og bruk av tvangstiltak i behandling og omsorg av personer med demens*. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens (7 sider)

\*Engedal, K. & Haugen, P. K. (2005). *Demens – fakta og utfordringer. En lærebok* (4. utg.).

Tønsberg: Aldring og helse (30 sider)

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

Fagbokforlaget

\*Helsedirektoratet (2008). Rundskriv IS-10/2008. *Lov om pasientrettigheter kapittel 4A-*

*Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen*.

Lokalisert på <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/lov-om-pasientrettigheter-kapittel-4a/Publikasjoner/rundskriv-lov-om-pasientrettigheter.pdf> (4 sider)

\*Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. (2011). Lokalisert på <http://www.lovdato.no> (2 sider).

\*Hem, M. H., Gjerberg, E., Pedersen, R. & Førde, R. (2010). Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang. *Sykepleien Forskning* 5(4):294-303.

DOI: 10.4220/sykepleienf.2011.0007 (11 sider).

\*Holm, S. (2001). The phenomenological ethics of K.E.Løgstrup – a resource for health care ethics and philosophy? *Nursing Philosophy* 2(1):26-33. DOI: 10.1046/j.1466-769X.2001.00035.x (8 sider).

\*Ingebretsen, R. (2005). *Kommunikasjon ved demens - en arena for samarbeid*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (10 sider).

\*Johannessen, T. (Red.). (2010). *Urinveisinfeksjon hos kvinner*. Lokalisert 21. april 2012 på:

<http://nhi.no/sykdommer/nyrer-urinveier/urinveisinfeksjoner/urinveisinfeksjon-hos-kvinner-2604.html?page=all> (2 sider)

- \*Johnsen, L. & Smebye, K. L. (2008). Bruk av tvang i demensomsorgen. I Rokstad, A.M.M. & Smebye, K. L. (Red). *Personer med demens: Møte og samhandling*. Oslo: Akribe (10 sider).
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2008). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- \*Kirkevold, Ø. (2005). Bruk av tvang i sykehjem. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 125(10): 1346-8. Lokalisert på [http://www.tidsskriftet.no/index.php?vp\\_SEKS\\_ID=1192223](http://www.tidsskriftet.no/index.php?vp_SEKS_ID=1192223) (4 sider)
- Kristoffersen, N. J. (2005). I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (Red.). *Grunnleggende sykepleie: Bind 4*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- \*Kuske, B., Luck, T., Hanns, S., Matschinger, H., Angermeyer, M. C., Behrens, J. & Riedel-Heller, S. G. (2009). Training in dementia care: a cluster-randomized controlled trial of a training program for nurses home staff in Germany. *International Psychogeriatrics* 21(2): 295-308. DOI: 10.1017/S1041610208008387 (14 sider).
- \*Lind, M., Kaltiala-Heino, R., Suominen, T., Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (2004). Nurses' ethical perception about coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11(4):379-385. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2004.00715.x (7 sider).
- \*Martinsen, K. (1990). Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring. I Jensen, K. (Red.). *Moderne omsorgsbilder* (s. 61-97). Oslo: Gyldendal Akademisk (36 sider)
- \*Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup*. Oslo: Tano (28 sider).
- \*Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget (35 sider).
- \*Myrset, L. H. (2010). Etisk refleksjon forebygger tvang og krenkelser. *Demens & Alderspsykiatri* 14(4):20-22. Lokalisert på <http://svemedplus.kib.ki.se> (3 sider).
- \*Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2008). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Lokalisert på <http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/2031.cms> (4 sider).
- \*Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund. (3 sider).
- Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L.M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert - en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund
- \*Pasient- og brukerrettighetsloven [pasientrettighetsloven]. LOV-1999-07-02-63. (2011). Lokalisert på <http://www.lovdatab.no>

- \*Rokstad, A., M. M. (2005). *Kommunikasjon på kollisjonskurs. Når atferd blir vanskelig å mestre*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse (2 sider).
- \*Sejrerø-Szatkowski, K. (2004). *demens. Kommunikasjon og samarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (30 sider).
- Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk* (5.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- \*World Health Organization (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorder. Diagnostic criteria for research*. Lokalisert på <http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf> (1 side).

## Vedlegg 1

| Database            | Søkeord  | To-kombinasjonsord      | Tre-kombinasjonsord                   | Fire-kombinasjonsord   | Artikkel i fulltekst   |
|---------------------|----------|-------------------------|---------------------------------------|--|--|
| SveMed+             | Demens   | Demens, tvang           | Har valgt disse forskningsartiklene   | Har valgt disse artiklene:<br>→→→→→<br><br>→→→→→<br><br>→→→→→<br><br>→→→→→                   | ”Pleie og omsorg I grenselandet mellom frivillighet og tvang.”<br><br>”Etisk refleksjon forebygger tvang og krenkelser.”<br><br>”Bruk av tvang i norske sykehjem.” |
| <i>Antall treff</i> | 1515     | 7                       |                                       |  |  |
| PubMed              | Dementia | Dementia, communication | Dementia, communication, nursing home | Dementia, communication, nursing home, restraint<br><br>Har valgt denne artikkelen:<br>→→→→→ | “Training in dementia care: a cluster-randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany.”  |
| <i>Antall treff</i> | 129.910  | 5.275                   | 433                                   | 9  |  |
| Cinahl              | Coercion | Coercion AND ethics     | Coercion AND ethics AND nursing       | Har valgt denne artikkelen:<br><br>→→→→→   | Nurses´ ethical perceptions about coercion   |
| <i>Antall treff</i> | 292      | 74                      | 9                                     |  |  |
| Google scholar      | Løgstrup | Løgstrup AND ethics     | Løgstrup AND ethics AND philosophy    | Har valgt denne artikkelen:<br><br>→→→→→   | The phenomenological ethics of K. E. Løgstrup – a resaource for health care etichs and philosophy  |
| <i>Antall treff</i> | 2490     | 900                     | 571                                   |  |  |

## Vedlegg 2

### PICO

| P   | I   | C  | O   |
|---|---|--|---|
| <b>Problem/Hvem?</b><br><br>Pasient på sykehjem med en demenslidelse. | <b>Intervensjon/Hvilke tiltak? Hva er det pasienten blir "utsatt for" i sykepleiepraksis?</b><br><br>Hvordan unngå/løse situasjoner som kan gå fra å være frivillige til å bli tvang.<br><br>Tillitskapende kommunikasjon.<br>Tvang.<br>Makt. | <b>Comparison. Sammenlignes med noe annet?</b> | <b>Outcome/Utfall. Hvilken effekt ønskes vurdert?</b><br><br>Frivillighet fremfor tvang i problemsituasjoner.<br><br>Frivillighet i utførelse av personlig hygiene. |

Problemstilling:

Kan sykepleiere forhindre bruk av tvang til personer med demens i forbindelse med personlig hygiene ved bruk av tillitskapende kommunikasjon?

Søkeord på norsk: demens, tvang, sykehjem, kommunikasjon, etikk.

Søkeord på engelsk: dementia, restraint, coercion, nursing home, communication, ethics,

Løgstrup, philosophy.