



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

FH Folkehelse

4BACH

Magnus Grøndalen Solberg og Erlend Buflod  
Veileder: Bjørg Eli Bøe

## Bacheloroppgave

# Demens og integritet i norske sykehjem

# Dementia and integrity in norwegian nursing homes

Antall ord: 12360

BASY2012  
2015

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA  NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA  NEI

## Sammendrag

**Tittel:** Demens og integritet i norske sykehjem

Dementia and integrity in norwegian nursing homes

**Hensikt:** Litteraturstudiets hensikt er å belyse de etiske utfordringer i demensomsorgen og pasientens opplevelse av god eller dårlig praksis, og hvordan praksis kan gjøres annerledes eller forbedres for å bevare pasientens integritet.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleieren bidra til å bevare integriteten til personer med demens i sykehjem?

**Metode:** Bacheloroppgaven er bygget rundt et litteraturstudie. Vi har anvendt forskningsartikler, pensumlitteratur og selvvalgt litteratur, i tillegg til praksiserfaringer.

**Konklusjon:** De viktigste faktorene for integritetsbevarende sykepleie er å inneha fagkunnskap, interesse og moralsk omsorg og empati. Dessuten er innsikt i pasientens liv uten å ha fordommer eller la seg negativt påvirke av annet personell essensielt. Lovverket har spilt en viktig rolle i skiftet fra et paternalistisk fokus over i et individuelt fokus. Dette har inspirert pleiepersonell og sykehjemsavdelinger til å ta fokuset videre, og forbedret sine moralske standarder i sykepleien. Vi konkluderer med at sykepleieren bør være et forbilde; dette er avgjørende for den totale omsorgen i sykehjemsavdelingen og for å bevare integriteten til personer med demens.

# Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	2
1. Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	5
1.2 Oppgavens problemstilling.....	6
1.3 Oppgavens hensikt .....	6
1.4 Oppgavens avgrensninger .....	6
1.5 Oppgavens sentrale begreper.....	7
1.6 Oppgavens oppbygning.....	8
2. Teoretisk referanseramme .....	9
2.1 Hva er demens? .....	9
2.1.1 Symptomer og kjennetegn på demens .....	10
2.2 Miljøbehandling .....	10
2.3 Kommunikasjon .....	11
2.3.1 Verbal og nonverbal kommunikasjon.....	11
2.3.2 Kommunikasjon og demens .....	11
2.4 Tvang.....	13
2.4.1 Konsekvenser av tvang.....	13
2.5 Valg av sykepleieteori.....	14
2.5.1 Kari Martinsen.....	14
2.5.2 Omsorgsteori .....	14
2.5.3 Stedfortrederen, åpenhet og urørlighetssonen .....	16
2.5.4 Omsorgens grenser .....	18
3. Metode.....	20
3.1 Hva er metode?.....	20
3.2 Litteraturstudium som metode.....	20
3.3 Datainnsamling og søkeord .....	21
3.4 Kildekritikk .....	22
3.4.1 Selvvalgt litteratur .....	22
3.4.2 Pensumlitteratur.....	23
3.4.3 Forskning.....	23
3.4.4 Aktuelt lovverk .....	25
3.4.5 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere .....	26
3.5 Etske overveielser .....	26
4. Funn og resultater .....	26
4.1 Pasientmedvirkning, verdighet og demens.....	27
4.2 Hvordan unngå bruk av tvang? .....	27
4.3 Holdninger mot personer med demens.....	28

4.4 Tvang, etikk og demens.....	28
5. Drøfting .....	29
5.1 Integritetsbegrepet .....	30
5.1.2 Tvang og integritet .....	30
5.2 Innsikt i pasientens liv .....	31
5.2.1 Eksempler fra praksis .....	32
5.3 Avledning.....	33
5.3.1 Eksempel fra praksis .....	34
5.4 Lovverk og integritet .....	35
5.5 Bemanning, kompetanse og erfaring.....	37
5.5.1 Holdninger og håp .....	37
5.5.2 Kompetansenivå og ansvar.....	39
6. Konklusjon .....	39
7. Litteraturliste .....	40
Vedlegg.....	42
1. PICO-skjema .....	42
2. Søkeskjema.....	43

# 1. Innledning

I innledningen gjør vi rede for temaet, oppgavens hensikt, mål og problemstilling. Vi avklarer oppgavens sentrale begreper og definerer disse.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Demens er blitt, og kommer til å bli en vanligere sykdom enn tidligere blant befolkningen da gjennomsnittsalderen på verdensbasis stadig øker, og diagnostiseringen er bedret (Werner, 2008). Sykdommen ses oftest blant eldre, men har blitt diagnostisert nede i 30-årsalderen (Smebye, 2008). Sykepleiere vil derfor møte denne pasientgruppen oftere, i flere arenaer og gjennom studier og praksis.

Vår bakgrunn for valg av tema iløpet av studietiden er erfaringen ved behandlingen av personer med demens i ulike sykehjem, og vi har delt sykehjemspraksis fra andre semestre. Vi har vært hver for oss på skjernet demensenhet i psykisk helse-praksis i femte semester. Dette har gitt oss et innblikk i demensomsorgen på de forskjellige stedene og gitt oss grunnlag for etisk refleksjon, tilnæringsmåter og kompetanseutvikling blant helsepersonell.

Vi har vært med på utøve sykepleie til personer med demens, og vi har sett god og mindre god behandling med tanke på pasientens rett til brukermedvirkning og pasientens integritet. Opplevelsen av at personale har vist lite interesse i pasientens tiltaksplaner og behandling, og heller vært mer opptatt av daglige rutiner og gjøremål støttes opp av tidligere forskning (Norheim, 2009) som stemmer med vår erfaring fra sykehjemspraksis. For eksempel når pasient motsetter seg dusj (men blir tvunget), bortgjemming av søppelbøtter (som gjør det enklere for personalet), blokkering av utganger eller andre tiltak som ikke er vedtatt gjennom tvangsvedtak eller som er etisk forsvarlige.

Vi har imidlertid også opplevd at avdelingsledere har tatt initiativ til å gjøre det som er til pasientens beste; ved å følge opp dokumentasjon, reflektere med personale ukentlig og kommet med konstruktive tilbakemeldinger for å kvalitetssikre praksis. Vi har valgt temaet fordi vi har meninger og interesse for demensomsorg, og har sett god og mindre god behandling av denne pasientgruppen i praksis, og fordi vi mener vi har noe å bidra med som fremtidige sykepleiere.

## 1.2 Oppgavens problemstilling

«Hvordan kan sykepleieren bidra til å bevare integriteten til personer med demens i sykehjem?»

## 1.3 Oppgavens hensikt

Oppgavens hensikt er å belyse de etiske utfordringer i demensomsorgen og pasientens opplevelse av god eller dårlig praksis, og hvordan det kan gjøres annerledes eller forbedres for å bevare pasientens integritet. Gjennom vår praksis som sykepleierstudenter har vi sett både gode og dårlige behandlingsmåter av personer med demens. Som nevnt mener vi at personalets kompetanse, holdninger, interesser og utførelse av faget har innvirkning på pasientens psykiske helse, selvfølelse og integritet. Derfor er det viktig å være klar over dette, slik at fokuset holdes på pasienten, og ikke mot daglige rutiner for å få arbeidsdagene til å gå. Det er viktig å reflektere over arbeidet vi gjør, fordi det finnes en grense for hva som er etisk forsvarlig og hva som ikke er det. Denne grensen blir overtrådt av helsepersonell uten at det er gjort vedtak på grunn av uvitenhet, manglende refleksjon eller på grunn av praktiske årsaker. Vi kommer derfor til å trekke inn aktuelt lovverk (hovedsaklig pasientrettighetsloven §4a) som er spesielt relevant til denne pasientgruppen. Vi vil se i hvilken grad paternalisme påvirker pasienten positivt eller negativt, hva paternalisme innebærer for sykepleier og pasient, og hvordan best mulig gjøre pasienten fri for ytre press, samt det etiske rundt dette.

## 1.4 Oppgavens avgrensninger

Demens er et begrep som omfatter ulike diagnoser. Vi vil avgrense oppgaven ved å bruke demensbegrepet uten å gå i detalj på de ulike diagnosene, men vil kort presentere demens sykdom i teoridelen. Vi avgrenser arenaen til sykehjem siden vi har mest erfaring derfra fra tidligere praksis, og vi mener at det primært er der personer med demens får behandling og oppholder seg. Vi er interessert i pasienter der sykdomsforløpet er såpass langt kommet at pasienten i mindre grad klarer å ta vare på seg selv, som åpner for etisk refleksjon, lovverk, tilnæringsmåter og miljøbehandling med pasientens integritet i fokus. Vi velger derfor å avgrense oppgaven til personer med moderat til alvorlig grad av demens, men vi kommer ikke til å skrive om diagnostisering. Vi velger å ikke ha med pårørende, da vi ønsker å sette pasientens opplevelse av helsehjelpen i fokus.

## 1.5 Oppgavens sentrale begreper

**Demens:** er et paraplybegrep for en progredierende, irreversibel kognitiv svikt. Personer med demens kjennetegnes med nedsatt hukommelse, tankeevne, mestring, læring, i tillegg til atferdsforandringer og tap av ressurser. Demens sykdom deles opp i mild, moderat og alvorlig grad, og har en rekke ulike diagnoser knyttet til seg (Rokstad, 2008).

**Integritet:** betyr at en person er uskadd og bevart i sin helhet, og begrepet knyttes vanligvis opp mot menneskets uavhengighet og ukrenkelighet (Kjøll, 2013, avsnitt 1).

**Omsorg:** kan tolkes som omtenkksomhet eller å bekymre seg for, som i *sørge for* og ikke *sørge over* (Martinsen, 1989). Omsorg forbindes med å hjelpe og ta hånd om, og å gjøre mot andre som du vil andre skal gjøre mot deg; den gyldne regel (Martinsen, 1989).

**Pasient:** blir av lovverket i pasientrettighetsloven (1999) § 1-3 definert som: «en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle».

**Paternalisme:** i medisinsk sammenheng betyr paternalisme at helsepersonell tar avgjørelser for pasienten basert på pasientens behov (Winther, 2009, avsnitt 1). Hard paternalisme vil si at helsepersonell alltid vet og bestemmer hva som er til pasientens beste (Rokstad, 2008). Myk paternalisme er den naturlige maktbalansen mellom sykepleier og pasient, der sykepleieren innehar den faglige autoriteten og tar avgjørelser med fokus på menneskeverd.

**Autonomi:** omhandler menneskets rett til selvbestemmelse, men vi velger i forhold til oppgaven å bruke autonomi-begrepet opp mot pasientens rett til selvbestemmelse (Brinchmann, 2012). Autonomien skal respekteres selv om personer ikke er i stand til å fatte autonome beslutninger på ethvert område, og man har alltid krav på å få sine psykiske og fysiske grenser respektert (Brinchman, 2012).

**Empati:** handler om å bruke sine egne følelser til å forstå en annens situasjon. Empati er et verktøy som kan brukes for å leve seg inn i den andres situasjon og kartlegge dens behov, og hvordan behovene kan oppfylles etter den andres ønske (Sneltvedt, 2012).

## 1.6 Oppgavens oppbygning

Vi har delt opp oppgaven i seks hoveddeler.

Del én er innledningen til oppgaven. Innledningen består av valg av tema, problemstilling, oppgavens hensikt, avgrensninger og begrepsavklaring.

I del to tar vi for oss den teoretiske referanserammen vi har tatt utgangspunkt i, og klargjør vår egen forståelse av fenomenet det skrives om. Vi vil også redegjøre for teorien vi har tatt i bruk for å belyse problemstillingen.

Del tre er et metodekapittel der vi beskriver fremgangsmåte for litteratursøk med søkeord, databaser og ekskluderingskriterier for valg av litteratur med søkehistorikk, kildekritikk med forskningens styrker og svakheter, presentasjon av drøftingsopplegg og vurderinger av artiklene ut fra krav til kvantitative og kvalitative metoder. Det blir også tatt etiske betraktninger i forhold til reelle pasientsituasjoner i dette kapitlet.

I del fire presenterer vi funn og resultater fra forskningen, og redegjør for fenomenet det skrives om med vekt på hva som er aktuelt i forskningsartikler.

I femte del gjengir vi kort problemstillingen og gir en kort oppsummering av resultater fra litteraturen som grunnlag for diskusjon og innfallsvinkel i drøftingen. Vi vil drøfte resultater i litteraturen opp mot den teoretiske referanserammen vi har valgt, samt forskning og egne erfaringer fra vår praksis som sykepleiestudenter. I enden av hvert underkapittel i drøftingen oppsummerer vi kort hva vi har kommet frem til.

I sjette og siste del konkluderer vi med svar vi har gitt til problemstillingen og beskriver hvilken betydning konklusjonen har for sykepleiepraksis og sykehjemspraksis.



## 2. Teoretisk referanseramme

### 2.1 Hva er demens?

«Demens er samlebetegnelse for en ervervet og langvarig klinisk tilstand som ofte forverres over tid» (Rokstad, 2008:28). Demens kjennetegnes ved at hukommelse, tanke, læring, og mestringsvnen er redusert og fører til en tilstand som er betydelig dårligere enn tidligere kognitivt nivå (Rokstad, 2008). Det er imidlertid naturlig at mennesker utvikler kognitive forandringer iløpet av livet. Grensen mellom hva som kalles demens og hva som er naturlige fysiologiske forandringer – forårsaket av alderdom – kan være uklar. Et av hovedpunktene som skiller naturlig alderdom og demens, er at personer med demens gradvis mister sin intellektuelle kapasitet (Rokstad, 2008).

De ulike sykdommene som gir demens deles opp i tre grupper: 1. degenerative hjernesykdommer, 2. vaskulær demens og 3. sekundær demens. Ved for eksempel Alzheimers sykdom (degenerativ hjernesykdom) vil proteinholdige fibre samle seg og fører til celledød. Ved degenerative hjernesykdommer ses anatomiske forandringer i hjernen som ikke skyldes traumer eller hjerneslag. Degenerasjon vil i forhold til demens si at hjernen gradvis mister sine funksjoner (Rokstad, 2008).

Vaskulær demens kjennetegnes ved at den har oppstått som følge av et eller flere hjerneinfarkt, skade i hjernens blodkar eller manglende blodtilførsel til hjernen (Rokstad, 2008). Felles for disse utløsende faktorene er at det oppstår oksygenmangel i hjernen. Det må imidlertid presiseres at hjerneinfarkt ikke nødvendigvis fører til demens. Ved større eller flere hjerneinfarkt er det høyere risiko for å utvikle vaskulær demens på grunn av skaden som følge av infarkt/infarktens omfang (Rokstad, 2008).

Sekundær demens beskriver de øvrige skader på hjernen som oppstår som følge av andre faktorer enn de som er nevnt i degenerativ og vaskulær demens. Eksempler på dette er alkoholmisbruk, vitaminmangel, hjernesvulst eller hodetraumer (Rokstad, 2008).

### 2.1.1 Symptomer og kjennetegn på demens

Symptomene ved demens deles opp i kognitive, atferdsmessige og motoriske symptomer (Rokstad, 2008). Symptomene varierer fra person til person, og er vanligvis individuelle. Disse symptomene vil derfor variere innad i symptomgruppene ovenfor den enkelte pasient.

Kognitive symptomer hos personer med demens kan være en eller flere av; redusert oppmerksomhetsevne, vansker med hukommelse og læring, språkvansker og/eller problemer med å orientere seg for tid og sted (Rokstad, 2008).

De atferdsmessige symptomene kan være fysisk aggresjon mot omgivelsene, irritabilitet, vandring og rastløshet, roping, fraværende seksuelle hemninger, fortvilelse og tristhet, gjentakende handlinger og/eller motorisk og indre uro (Rokstad, 2008).

Motoriske symptomer ved demens kjennetegnes med ukontrollerte bevegelser, balansesvikt, inkontinens og/eller evne til å koordinere ulike bevegelser i forhold til avstand og bruk av kraft i bevegelsen (Rokstad, 2008)

### 2.2 Miljøbehandling

Miljøbehandling er tilrettelegging av tilværelsen til personer med særskilte behov (Rokstad, 2008). For personer med demens vil dette innebære individuelt tilrettelagte omgivelser. Dette kan gjøres gjennom stimulerende aktiviteter, måltider, hensyn til hva en person med demens klarer selv og hva han ikke klarer selv. Miljøbehandling har som mål å bevare og – om mulig – bedre sosiale, praktiske, og kognitive ferdigheter (Rokstad, 2008). Et annet viktig mål er å forebygge uro, utagerende atferd og forvirringstilstander, for at pasientene skal føle seg trygge og glade. Miljøbehandling har som hensikt å få pasienter til å være seg selv fullt og helt, og gi en følelse av mestring i motsetning til forfall (Rokstad, 2008). Personer med demens kan ha en positiv opplevelse av å ha faste rammer og daglige aktiviteter for å føle seg hjemme og være seg selv (Rokstad, 2008).

## 2.3 Kommunikasjon

Kommunikasjon handler ifølge Eide & Eide (2007) om tegn med betydning overført mellom to eller flere personer. Fra latin betyr begrepet *communicare* å delaktiggjøre en annen, ha forbindelse med eller å gjøre noe felles (Eide & Eide, 2007). For folk flest betyr kommunikasjon å prate med hverandre; å være i dialog, å sende og motta informasjon.

Kommunikasjon er ikke bare elementært for vår eksistens (Wogn-Henriksen, 2008), men også i forhold til profesjonalitet. Som profesjonsutøvere stilles det andre krav til kommunikasjon enn i privat sammenheng: personene vi møter i vårt yrkesliv trenger, søker eller er henvist til våre kvalifikasjoner; det stilles derfor høyere krav til forståelse og anvendelse av kommunikasjon hos profesjonelle yrkesutøverne (Eide & Eide, 2007).

### 2.3.1 Verbal og nonverbal kommunikasjon

Vi deler kommunikasjon i det verbale og nonverbale. Verbal kommunikasjon er kommunikasjonen vi uttrykker gjennom språk. Det nonverbale er språket vi uttrykker gjennom kroppsholdning, øyekontakt, bevegelser og berøring; kort sagt vårt kroppsspråk. Hensikten med den verbale kommunikasjonen er å stille spørsmål, sammenfatte informasjonen vi mottar og speile følelsene og budskapet til den vi kommuniserer med (Eide & Eide, 2007). Det nonverbale tar sikte på å vise at man ser og forstår. Det kan være at en person nikker forståelsesfullt, eller rynker pannen i fortvilelse. Nonverbal kommunikasjon er derfor et responderende språk; den viser relasjonen mellom partene i en dialog (Eide & Eide, 2007).

### 2.3.2 Kommunikasjon og demens

Kommunikasjon og demens kan være en utfordring; den kognitive svikten og de språklige problemene dette kan medføre, gjør at det kan være vanskelig både for sykepleier og pasient, å sende og motta budskapet (Wogn-Henriksen, 2008). Vi har alle et behov for å kommunisere med andre, og personer med demens er intet unntak. Som Wogn-Henriksen (2008:93) sier: «Ingenting tyder på at dette behovet blir mindre under demensutviklingen, selv om språket som redskap ikke lenger er like effektivt og presist». Kommunikasjonen hos personer med demens varierer fra diagnose til diagnose og pasient til pasient, men det er imidlertid gjengangere vi ser i denne pasientgruppen som helhet. For eksempel at pasienten kommer med gjentakende spørsmål og historier, mister tråden i samtalen, vansker med å forstå ord og innhold, snakker om tidligere liv og/eller dikter opp historier og ting som ikke har skjedd (Wogn-Henriksen, 2008). Sykepleiere bør bruke enkelt språk i kommunikasjon med personer

med demens, fordi dette er enklere å tyde for pasienten (Rokstad, 2008, Gjerberg et al. 2013).

Sykepleiere kan benytte seg av ulike kommunikasjonsprinsipper i møte med personer med demens. Disse er reminisens, realitetsorientering og validering. En annen teknikk som brukes er avledning. Avledning – i forhold til demens – betyr å få pasienten til å komme på andre tanker eller å vende oppmerksomheten til pasienten på noe annet, hvis pasienten er urolig, stiller gjentakende spørsmål eller motsetter seg helsehjelp (Gjerberg et al., 2013). Avledning kan brukes sammen med de øvrige kommunikasjonsmåtene.

Det er viktig å ha empatisk forståelse av pasienten for å kunne velge riktig kommunikasjonsverktøy (Wogn-Henriksen, 2008).

#### 2.3.2.1 Reminisens

Reminisens, eller minnearbeid har sin hensikt i å vekke til live gamle minner og historier hos personen med demens. Dette for å skape sammenheng, tilhørighet og selvfølelse hos den enkelte. Reminisens kan derfor anvendes ved å bruke pasientens fortid med tanke på jobb, interesser og identitet, kulturelle forhold i et tidsrom pasienten husker eller sansestimulering via for eksempel gamle matretter, bilder, musikk eller gjenstander (Wogn-Henriksen, 2008, Gjerberg, Hem, Førde, & Pedersen, 2013). Det er viktig å presisere at reminisensen bør være av positiv karakter; traumatiske opplevelser kan vekke til live negative følelser, uro og forvirringstilstander (Wogn-Henriksen, 2008).

#### 2.3.2.2 Realitetsorientering

Personer med demens opplever at korttidshukommelsen er nedsatt. Derfor kan de være mindre orientert for tid, rom og sted. Realitetsorientering er en tilnærming spesielt rettet mot slike situasjoner. Hensikten med realitetsorientering er å informere pasienten slik at han er oppdatert på tid og sted, og blir gitt oversikt over egen situasjon (Wogn-Henriksen, 2008). Personer med demens kan oppleve realitetsorientering som positivt og oppklarende, men bruker man realitetsorientering som hovedregel, kan man oppleve at pasienten føler seg krenket og overkjørt. Det er derfor viktig at realitetsorienteringen er begrenset til der den er nødvendig og gjennomførbar, i motsetning til en situasjon der pasienten kan føle seg usikker eller latterliggjort (Wogn-Henriksen, 2008).

### 2.3.2.3 Validering

I validering er ikke sykepleieren opptatt av at pasienten skal være oppdatert på reell og sann informasjon som i realitetsorientering (Wogn-Henriksen, 2008). I motsetning til å korrigere pasienten, vil målet med validering være å bekrefte og anerkjenne pasientens tanker og følelser. Gjennom validering setter man følelsene til pasienten i sentrum, selv om forestillingene og tankene til pasienten ikke nødvendigvis har rot i virkeligheten. Hovedbudskapet med validering er derfor å fokusere på pasientens følelsesmessige og emosjonelle tilstander, og gyldiggjøre disse – fordi følelsene kan være uttrykk av ekte hendelser som pasienten har opplevd, men som pasienten overfører til andre historier eller hendelser (Wogn-Henriksen, 2008).

## 2.4 Tvang

Tvang er sentralt for oppgavens tema, siden det både er etisk problematisk og kan være integritetskrenkende. Tvang kan defineres som fravær av samtykke (Johnsen & Smebye, 2008), noe som for helsepersonell vil bety at man handler imot eller på tross av pasientens vilje. Tvang kan være restriksjoner av pasientens bevegelsesfrihet, holding av pasienten til fordel for behandling, overvåkning eller tilsetning av medikamenter i mat eller drikke (Johnsen & Smebye, 2008). Tvang blir delt opp i tre forskjellige kategorier; 1. formell tvang, 2. opplevd tvang og 3. konkret tvang (Gjerberg et al. 2013).

I formell tvang har ikke personen lenger rett til å bestemme over seg selv med bakgrunn i offentlige vedtak iverksatt for å gi livsnødvendig helsehjelp. Opplevd tvang er når en person har blitt utsatt for ytre press og samtykker til noe en ikke ønsker. Konkret tvang er minimal respekt for pasientens autonomi, og man handler som om det foreligger et tvangsvedtak uten at dette er tilfellet.

### 2.4.1 Konsekvenser av tvang

Konsekvensene av tvang er mange; i beste fall vil pasienten bli glad for helsehjelpen som ble påtvunget. I verste fall vil den utsatte unngå sosial kontakt, bli krenket, utvikle en depresjon og ikke finne meningen med tilværelsen, fordi man ikke får gjort det man ønsker og retten til selvbestemmelse ikke blir respektert. Innledningsvis i kapitlet skrev vi at tvang er etisk problematisk og kan være integritetskrenkende; uansett om tvangen er formell, opplevd eller konkret vil det kunne oppleves som krenkende for den utsatte. Vi velger derfor å ikke skille mellom de ulike typene tvang i oppgaven; tvang er tvang, uansett om den er formell og lovlig, opplevd eller konkret.

## 2.5 Valg av sykepleieteori

Sykepleieteori beskriver sykepleievirkeligheten, perspektivet, praksis, sykepleiens mål og hvordan dette påvirker pasienten og sykepleieutøvelsen (Kirkevold, 2014, avsnitt 1). Vi har valgt å ta i bruk omsorgsteori som vår sykepleieteori. Siden oppgavens tema omhandler demens og integritet, mener vi omsorgsteori og omsorgsfilosofi er de beste teoretiske verktøyene vi kan ta i bruk. Vi har sett på de ulike sykepleieteoriene, reflektert rundt praksis og egenerfaringer, og har kommet frem til at omsorg er såpass sentralt i sykepleie til eldre at det virket logisk å velge denne sykepleieteorien. Omsorgsbegrepet er vidt og filosofisk, noe vi synes er interessant og relevant for valget av tema. Omsorgsfilosofi er relevant ved at det styrker miljøbehandling, trygghet, ro, forståelse og empati, som vi mener er med på å styrke eller bevare integritetsfølelsen til personer med demens i den grad dette er oppnåelig. Gjennom omsorgsteorien mener vi at personer med demens og pasienter generelt vil oppleve å bli hørt og sett noe som styrker integriteten i høyere grad enn ved de øvrige sykepleieteoriene.

### 2.5.1 Kari Martinsen

Kari Martinsen har doktorgrad i sykepleie, er psykiatrisk sykepleier, og har i tillegg mastergrad i filosofi og dr. philos. (doctor philosophie) i historie fra 1986 (Austgård, 2010). Martinsen har publisert artikler, hefter og bøker med fokus på sykepleie, omsorg og etikk (Austgård, 2010). Kari Martinsen har påvirket sykepleie og omsorgstenkning i Norge og Skandinavia forøvrig. Martinsens beskrivelse av omsorg og sykepleie lyder:

«Sykepleie er omsorg i nestekjærlighet for det lidende og syke menneske der fagkunnskap og menneskelig nærværenhet er vevet i hverandre, uttrykt i aktelsens språk» (Austgård, 2010:22)

Vi tolker hennes beskrivelse som at tilbakeholdenhet, ydmykhet og respekt for det syke mennesket i sammenheng med fagkunnskap og nærvær utgjør omsorg i sykepleien.

### 2.5.2 Omsorgsteori

Kari Martinsen er kjent for sin omsorgsteori, der omsorg, nestekjærlighet og moral er sentral og sammenvevet i hennes tenkning. Hun deler opp omsorgsbegrepet i to; 1. universell omsorg og 2. profesjonell omsorg (Austgård, 2010). Med universell omsorg menes menneskets naturlige omsorg og evne til å ta moralske beslutninger ovenfor hverandre, og trengs ikke å begrunnes; siden det er en iboende verdi i mennesket (Austgård, 2010). Vi er relasjonelle skapninger, og etikken er tilstede før menneskelig inngripen. Profesjonell omsorg i sykepleie innebærer pleierens handlinger og tilstedeværelse, og at fagkunnskapen gjør omsorgen

profesjonell og at omsorgen kan begrunnes.

Omsorgsbegrepet handler om hvordan vi forholder oss til hverandre i det daglige liv. Ifølge Martinsen (1989) er det praktiske liv og omsorg en uatskillelig enhet. Med dette menes at forholdet mellom mennesker *er* omsorg, at det ene automatisk bindes opp til det andre, fordi omsorg er en sosial relasjon; den hadde ikke eksistert om det bare fantes ett menneske (Martinsen, 1989). Omsorg handler derfor om å ta hensyn til andre, for sin egen skyld; uten mennesker rundt seg kan man umulig forstå eller realisere seg selv, eller gi livet mening (Martinsen, 1989).

Omsorgsteori i forhold til sykepleie omhandler derfor å tilfredsstille pasientens behov og gjøre pleieren i stand til å overta omsorgen, og å lindre lidelse. Det handler om å hjelpe den lidende til å bli hva han eller hun ønsker å være, og at de kan leve ut sine anliggende også ved tap og/eller lidelse. Sykepleieren skal derfor virkeliggjøre omsorg gjennom handling utifra faglige vurderinger av hva som er til pasientens beste. Det er viktig å understreke at omsorg ikke er jevnt fordelt mellom pleier og pasient; sykepleier-pasientforholdet vil til en viss grad alltid være asymmetrisk og skjevfordelt, og man kan ikke forvente lik grad av omsorg fra pasient til pleier som omvendt; pasienter møter derfor sykepleiere med tillit til at pleieren skal kunne hjelpe og tilrettelegge på en god, profesjonell måte (Austgård, 2010). På denne måten gir pasienter automatisk sykepleieren en form for faglig autoritet eller maktposisjon. Denne posisjonen kaller Martinsen myk paternalistisk, siden pasienten har tillit til at sykepleieren jobber for pasientens beste og fordi pasienten gir fra seg en viss del av egenansvaret til pleieren (Austgård, 2010).

#### *2.5.2.1 De tre omsorgsprinsipper*

Videre deler Martinsen (1989) omsorgsbegrepet i tre; det relasjonelle, det praktiske og det moralske. Martinsen (1989) understreker at det relasjonelle omsorgsbegrepet kommer først av de tre prinsippene. Det relasjonelle omsorgsbegrepet tar derfor utgangspunkt i det kollektivistiske menneskesynet der vi er avhengige av hverandre; avhengighet er imidlertid ikke en motsetning til selvhjulpenhet. Prinsippet omhandler at vi alle kan komme til å få bruk for hjelp av andre mennesker.

Det relasjonelle begrepet går så over i det praktiske. Dette vil si å se og oppfatte, for så å handle for den lidende. Ikke bare stå utenfor og observere det svake, men å bryte inn og hjelpe. Omsorg som praktisk begrep er derfor et situasjonsbetinget begrep som krever konkrete handlinger (Martinsen, 1989).

Den moralske omsorgen er summen av det relasjonelle og det praktiske i omsorgen. Martinsen (1989) skriver at omsorg må læres gjennom erfaring og oppdragelse av godhet. Moral i forhold til omsorg må derfor læres. Videre skriver Martinsen (1989) at man må indentifisere seg med den lidende, være i samme ståsted og forestille seg hvordan det er å være den lidende for å kunne utøve moralsk omsorg. Dette begrepet står nært det vi kaller *empati*.

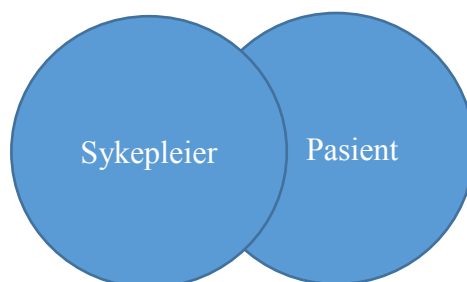
### 2.5.3 Stedfortrederen, åpenhet og urørlighetssonen

Martinsen beskriver sykepleier som en profesjonell stedfortreder (Austgård, 2010). Med dette menes at sykepleieren holder den andres liv i sin hånd; ikke for å overta, men for å legge til rette for pasientens liv (Austgård, 2010). Som sykepleiere kan vi være den sterke som tar del i den svakes plass for å bevare den trengende, men vi kan ikke ta ansvaret eller erstatte hans plass; vi kan i imidlertid stå *i stedet for* eller *i hans sted* (Austgård, 2010). Stedfortrederen, eller sykepleierens oppgave er derfor å ivareta pasientens integritet og verdighet på best mulig måte. Urørlighetssonen omhandler alle menneskers rett til et indre rom for seg selv. Martinsen sier «Urørlighetssonen har å gjøre med respekten for den andres grenser og med en faglighet som tar hensyn til den. Åpenhet er nærhet og sårbarhet i forhold til den andre» (Austgård, 2010). Urørlighetssonen er hvor det enkelte mennesket setter grenser for nærhet og avstand, og hvordan det forholder seg til andre (Austgård, 2010). Hvis man krysser grensen til en persons urørlighetssone, kan man stå i fare for å krenke dens integritet. Integritet er måten vi er oss selv fullt og helt, og det har med vårt personlige rom å gjøre (Austgård, 2010). Den etiske utfordringen er derfor å kunne være pasienten nær og handle korrekt, uten å krenke dens integritet. Det er også fare for å distansere seg for mye fra pasienten, noe Martinsen kaller «objektiverende sykepleie» (Austgård, 2010).

Vi illustrerer de ulike måtene vi berører eller ikke berører urørlighetssonen:



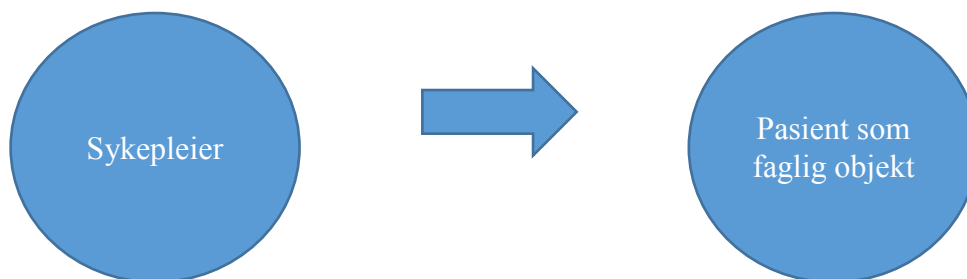
### 2.5.3.1 Invaderende sykepleie



Figur 1. Invaderende sykepleie (Austgård, 2010).

Åpenhet og urørlighet er motsetninger, og ingen av dem kan stå alene i sykepleie. Denne illustrasjonen viser hvordan sykepleier kan virke invaderende, hvis fokuset kun ligger på åpenhet uten respekt for urørlighetssonen (Austgård, 2010). Dette kan føre til ufølsomhet, hard paternalisme og/eller tankeløshet med fokus på gjøremål og pleie i motsetning til pasients vilje. Invaderende sykepleie betyr derfor å handle i tankeløshet men med gode intensjoner, som kan krenke pasientens integritet, verdighet og autonomi (Austgård, 2010).

### 2.5.3.2 Objektiviserende sykepleie:



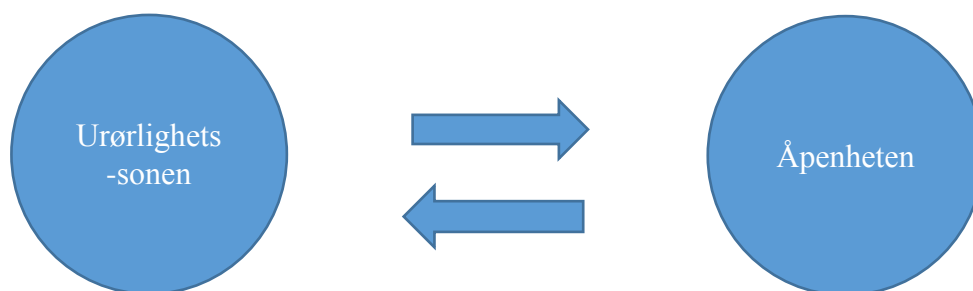
Figur 2. Objektiviserende sykepleie (Austgård, 2010).

Sykepleieren har respekt for pasientens urørlighetssone, men utelater åpenhet mellom pleier og pasient. Dette fører til at pasienten her blir et faglig objekt, og ikke et mål i seg selv. For eksempel der pleier gjennomfører nødvendige prosedyrer med samtykke, uten at det foreligger noen dialog, empati eller åpenhet sykepleier og pasient imellom. Med respekt for urørlighetssonen uten å bruke åpenhet kan føre til distansert ufølsomhet, tilbakeholden pasient eller rutinebasert, faglig objektiv mekanisk behandling med formålet i fokus (Austgård, 2010).

De to sistnevnte forklaringene og illustrasjonene er eksempler på hvordan de begge kan bidra til følelsesløs og integritetskrenkende sykepleie. Sykepleieren som vil ha fokus på omsorg må

ta hensyn til både åpenhet og urørlighetssonen for å yte omsorg.

### 2.5.3.3 Åpenhet og urørlighetssonen



Figur 3. Balanse mellom urørlighetssonen og åpenheten (Austgård, 2010).

Sykepleieren har faglig autoritet som pasienten støtter seg til, og det er viktig at pleieren har en sunn balanse mellom åpenhet og respekt for urørlighetssonen. Sykepleieren bør være i stand til å skille urørlighetssonen og pasientens autonomi og rett til selvbestemmelse (Austgård, 2010).

I figur 1. vil pasienten føle krenkelse, fordi sykepleieren går innenfor pasientens indre rom og tar lite hensyn til pasientens integritet. Selv om sykepleierens opprinnelige mål var å hjelpe, kan det oppfattes som overgrep og krenkelse av pasienten. Å krenke et menneskets integritet er å påføre det skade (Austgård, 2010).

I figur 2. har vi en pasient som ikke blir hørt og sett, og heller blir ansett som et objekt. I motsetning til figur 1. der sykepleieren kan oppfattes påtrengende og innbrytende i personlig liv, er pleieren i figur 2. distansert og har en mer objektiv tilnærming til pasienten. I drøftingsdelen vil vi vise erfaringer vi har gjort oss og opplevd, og knytte disse konseptene (stedfortreder, åpenhet og urørlighet) til reelle, erfarte pasientsituasjoner.

### 2.5.4 Omsorgens grenser

Omsorg kan bevisst eller ubevisst gå over i formynderi, unnlatsessynder eller sympati uten resultater (Austgård, 2010). Sympati har ingen funksjon hvis pasienten ikke får noe positivt ut av det, og hvis sykepleieren ikke får utøvd nødvendig helsehjelp på grunn av dette. Inntrykket av pasienten er mottatt, men følelsene er ikke rettet mot det etiske prinsippet angående pasientens velgjørenhet (Brinchmann, 2012, Austgård, 2010). På den andre siden er sykepleieren som unnlater de etiske aspektene og kun fokuserer på lidelsen eller helsehjelpen pasienten trenger. Dette kan fort utarte seg til formynderi, overdreven maktbruk og i verste

fall overgrep mot pasienten i den betydningen at sykepleieren utelukker pasienten helt og autonomien trosses (hard paternalisme) til fordel for pleierens gjøremål og tiltenkte resultat (Austgård, 2010).

Omsorg handler om forståelse, og å gjøre ting sammen med og for den andre. Det er en sosial relasjon som har med fellesskap og solidaritet å gjøre. Det er erfaringer vi har opplevd – vi virkelig kan forstå, og det er viktig å forstå pasienten gjennom måten han eller hun forholder seg til sin situasjon. Ekte omsorg må derfor vises med en holdning som aksepterer pasienten ut fra hans situasjon (Martinsen, 1989). Omsorg handler derfor om å ikke overvurdere eller undervurdere pasienten i sin situasjon, og hans grad av selvhjulpenhet. Omsorgen er ikke «ekte» hvis sykepleier gjør inngripen i en annens situasjon uten å anerkjenne han først, da dette gjøres for pleierens skyld. Et etisk dilemma er i det praktiske å vite når en bør gripe inn i pasientens liv mot hans vilje, og dette finnes det heller ingen fasit på (Martinsen, 1989).

### 3. Metode

#### 3.1 Hva er metode?

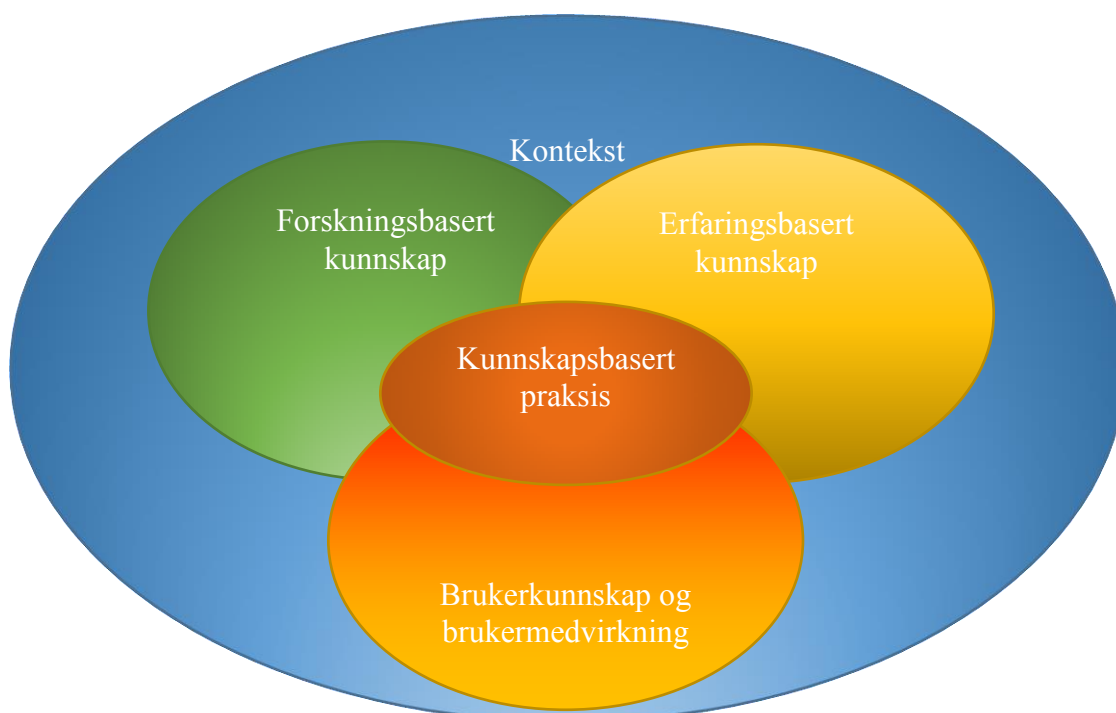
En metode viser hvordan vi skal finne ny kunnskap eller prøve ut kunnskap. Ved å bruke en bestemt metode vil vi finne relevant data som belyser problemstillingen basert på faglig kunnskap. Dalland (2014) bruker Vilhelm Auberts formulering i sin bok «*Metode og oppgaveskriving*», som lyder:

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2014:111).

Målet med metoden er å forstå sammenhengen mellom problemstillingen og metodevalg, hvilke krav vi stiller til datasamlingen og forstå betydningen av vårt standpunkt i oppgaven (Dalland, 2014).

#### 3.2 Litteraturstudium som metode

Ifølge bacheloroppgavens retningslinjer skal vi skrive en fordypningsoppgave basert på et litteraturstudium, og vi kan i tillegg bygge på kunnskapsbasert praksis. Dette innebærer at vi bruker andres forskning for finne frem aktuell litteratur som gir oss et godt grunnlag til drøfting og refleksjon over vår problemstilling. Vi tar i utgangspunkt i forskning, pensumlitteratur, faglitteratur og tidsskrifter i vårt litteraturstudium som utgjør kunnskapsbasert praksis i drøftingen:



Figur 4. Kunnskapsbasert praksis (Smebye, 2008).

### 3.3 Datainnsamling og søkeord

Vi har brukt pensumlitteratur og selvvalgt litteratur i vår oppgave. Vi har fått innføring gjennom høgskolens bibliotek i hvordan å gjennomføre litteratursøk. Selvvalgt litteratur har vi funnet på biblioteket etter anbefalinger fra veiledere og forelesninger (i forhold til vår teoretiske referanseramme), og vi har brukt McMaster+ (tilgang fra helsebiblioteket.no), SweMed, Google Scholar og PubMed for å finne aktuell, selvvalgt forskningslitteratur.

Søkene har vært basert på MeSH-termer vi på forhånd har funnet frem fra US National Library of Medicine (US National Library of Medicine, s.a.). Disse MeSH-termene er (i tilfeldig rekkefølge):

- Dementia (demens)
- Integrity (integritet)
- Human Dignity/Personhood (integritet)
- Communication (kommunikasjon)
- Nursing home (sykehjem)
- Consumer Participation (brukermedvirkning)
- Ethics (etikk)
- Morale (moral)
- Attitudes (holdninger)
- Environmental Design (miljøbehandling)
- Paternalism (paternalisme)
- Empathy (empati)
- Coercion (tvang)

Vi valgte å bruke offisielle MeSH-termer på engelsk, fordi søkene blir internasjonale; forskning fra USA, Skandinavia og hele verden dukker opp, både på norsk og på engelsk.

Vi har funnet frem forskning som er oppdatert, og de er gitt ut mellom 2009-2013. Dette er nyere forskning og derfor ikke utdatert, noe som styrker forskningens relevans i forhold til temaet. Noe av forskningen var fra tidsskrifter vi ikke hadde tilgang til, og vi oppsøkte derfor høgskolens biblioteket for å finne dette. Det viste seg at det aktuelle tidsskriftet lå i bibliotekets magasin. Vi avgrenset søkingen ved å kombinere ulike MesH-termer for å få de søkene vi ønsket å ha, og i tillegg utelukke søk som var mindre relevante i forhold til problemstillingen, oppgavens avgrensning og hovedfokus. Eksempler på dette er søkene «dementia, coercion, nursing home» og «dementia, empathy, consumer participation».

### 3.4 Kildekritikk

Dallands (2014) beskrivelse av hva formålet med kildekritikk er, og kan kort oppsummeres slik:

«Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes» (Dalland & Trygstad, 2014:67)

Kildekritikk er en måte å kvalitetssikre kildene vi bruker, om det så er selvvalgt litteratur, pensumlitteratur eller lovverk og yrkesetiske retningslinjer.

#### 3.4.1 Selvvalgt litteratur

Den selvvalgte litteraturen som omhandler omsorgsteorien og filosofien vi har tatt i bruk er hovedsaklig fra Kari Martinsen. Hennes utgivelser er i hovedsak fra 1989-2009, men vi mener at teorien og filosofien er like relevant i dag som den var på sent 80-tall. Vi anser fremdeles hennes kilder som relevant, da hennes etiske og filosofiske refleksjoner og meninger har preget sykepleien spesielt i Skandinavia. Vi mener måten hun beskriver omsorg og filosofi på er tidløs i den betydningen at det kan overføres til i dag. Av Martinsens verker tar vi utgangspunkt i «*Omsorg, sykepleie og medisin*». Denne boken er en samling av Martinsens publiserte artikler som omhandler omsorg. Vi brukte denne boken for å forsikre oss om at sekundærkildene var i tråd med hennes tenkning. Vi har bevisst brukt primærkilder, men Martinsens omsorgsteori er svært omfattende, og vi har derfor også brukt sekundærlitteratur som sammenfatter hennes tenkning. Dette er fordi hennes teori er såpass omfattende at vi måtte ha brukt uker på å få et helhetlig blikk gjennom å kun bruke hennes litteratur.

Boken «*Omsorgsfilosofi i praksis*» er en bok skrevet av sykepleieren Kitt Austgård. Vi mener dette er en god bok, og svært relevant for vårt valg av tema. Austgård tar utgangspunkt i Martinsens tenkning og viser til praktiske eksempler på hvordan omsorgsteori fungerer i praksis. Boken er – i forhold til Martinsens bøker – relativt lettlest, oversiktlig og er en god sammenfatning av Martinsens teorier og filosofi. Vi tar hensyn til at Martinsen selv ikke har skrevet boken og at dette er sekundærlitteratur, og at hennes teorier er gjengitt av Austgård med egne ord. Derfor har vi slått opp i originallitteraturen til Martinsen for å forsikre oss om at Austgårds gjengivelser ikke er feilaktig fortolket.

For å beskrive og forstå demens på best mulig måte bruker vi boken «*Personer med demens – møte og samhandling*» (Rokstad & Smebye, 2008). Denne boken har vi blitt anbefalt av lære-

re og veiledere, fordi den utelukkende handler om demens, og tar for seg kommunikasjon, relasjonsbygging og miljøbehandling som sentrale begreper. Ifølge Rokstad & Smebye (2008) er bokens mål å gi ansatte kunnskap, holdninger og ferdigheter i møte med personer med demens. Smebye arbeider ved Høgskolen i Østfold med videreutdanning i eldreomsorg, og Rokstad har årelang erfaring fra arbeid i alderspsykiatrien (Rokstad & Smebye, 2008). Dette er en god kilde for vår oppgave fordi den har et helhetlig blikk på demens; den er basert på forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap/brukermedvirkning, som til sammen utgjør kunnskapsbasert praksis. Boken er skrevet i forbindelse med en nasjonal demensplan som skal utgis i 2015.

#### 3.4.2 Pensumlitteratur

Siden oppgaven er basert på et tema som medfører etikk, tar vi også utgangspunkt i boken «*Etikk i sykepleien*», med Berit Støre Brinchmann som redaktør. Denne boken blir brukt i etikkundervisning som pensumlitteratur for sykepleiere. Boken tar for seg de ulike etiske prinsippene og menneskesyn, i tillegg til de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere og aktuelt lovverk i helsetjenesten.

Eide & Eides bok «*Kommunikasjon i relasjoner*» er pensumlitteratur vi har valgt å bruke. Bokens formål er blant annet å «bidra til bedre forståelse av hva god kommunikasjon forutsetter og innebærer, og å legge et teoretisk og praktisk grunnlag for utvikling av den enkeltes kommunikasjonsferdigheter» (Eide & Eide, 2012). Boken er også referert til i «*Personer med demens*» (Rokstad & Smebye, 2008).

#### 3.4.3 Forskning

I forskning skiller man mellom kvantitative og kvalitative metoder. Kjennetegnet ved kvantitativ forskning er at resultatene er målbare i form av tall, prosenter og statistikk (Dalland, 2012). Stikkord som beskriver kvantitativ forskning er for eksempel presisjon, bredde og det gjennomsnittlige, for å nevne noen. Kvalitativ forskning har med hensikt å beskrive mening og opplevelse som ikke er målbart. Fokuset ligger på følsomhet, dybde, det særegne, helhet og forståelse (Dalland, 2012).

I hovedsak er forskjellen mellom kvantitativ og kvalitativ forskning at kvantitativ tar sikte på jeg-det-forholdet, mens kvalitativ forskning fokuserer på jeg-du-forholdet (Dalland, 2012).

I vår oppgave vil vi hovedsakelig benytte kvalitative forskningsartikler og studier, fordi vi anser det som mest relevant i forhold til oppgavens problemstilling. Denne forskningen beskriver det som skjer i praksis som ikke er målbart i tall. Dette inkluderer personalets nærhet til

praksis, helhetlig forståelse av temaet og pasientens opplevelse av praksis. Vi har benyttet fire forskningsartikler vi mener er tilstrekkelig for å belyse oppgavens problemstilling.

Vi har brukt McMaster+ (tilgang fra helsebiblioteket.no), SweMed, PubMed og Google Scholar for å finne aktuell forskning. Vi har brukt disse databasene for å sikre at vi bruker gyldig forskning. Google Scholar har ingen avgrensning på peer reviewed forskning, og vi har derfor valgt å bruke de øvrige databasene til litteratursøk. Google Scholar har vi kun brukt for å søke opp artikler vi ikke fant i fulltekst i de andre databasene, og til forfattersøk for å undersøke forfatterens troverdighet. Peer reviewed, eller fagfellevurdert artikkel er forskning vurdert av eksperter på feltet, noe som styrker forskningens kvalitet (Dalland, 2012). Vi har også funnet forskning som benytter fokusgrupper som metode. Vi har brukt forskning basert på fokusgrupper som egner seg til å produsere data om sosiale gruppers tolkninger, interaksjoner og normer, og det egner seg til å finne data om et bestemt fenomen (Vikøren & Pihl, 2012). Fokusgrupper bruker mennesker med en definert bakgrunn; i dette tilfellet vil det være logisk å bruke forskning med fokusgrupper bestående av pleiepersonell. Vi har også valgt å bruke forskning basert på en spørreundersøkelse. Vi tenker at for å få et helhetlig blikk, så er det hensiktsmessig å bruke ulike typer forskning. Vi har derfor brukt forskning som har tatt utgangspunkt i fokusgrupper, spørreundersøkelser og kvalitative analyser.

#### 3.4.3.1 Kritikk til anvendt forskning

Anne Norheims artikkel «*Betydningen av pasientmedvirkning og verdighet*» (2009) er en fagfellevurdert, kvalitativ studie. Datainnhenting er gjort over åtte måneder av fem sykepleiere, fem helsefagarbeidere og en ergoterapeut. Forskingen er presentert i tidsskriftet «*Demens & Alderspsykiatri*». Studien er gjennomført over 8 måneder, og har hovedfokus på unge personer med demens (65 år eller yngre). Vi mener en 8 måneders periode er grunnlag nok i forhold til resultatene i studien. Til tross for at hovedfokuset i vår oppgave er mot eldre personer med demens, anser vi resultatene av forskning som relevant og overførbar til vår aldersgruppe.

«*How to avoid and prevent coercion in nursing homes: a qualitative study. Nursing Ethics*» skrevet av Gjerberg, Hem, Førde & Pedersen tar for seg bruk av tvang i norske sykehjem i perioden 2009-2010, og forskning er publisert i 2013. Et søk på «Gjerberg E.» på Google Scholar viser at Elisabeth Gjerberg har deltatt i en rekke studier i norske sykehjem og for øvrig i norsk helsesektor. Hun er forsker ved senter for medisinsk etikk. Denne studien er gjort i fokusgrupper med tilsammen 60 deltakere bestående av sykepleiere, helsefagarbeidere



og ufaglærte som jobbet direkte med pasienter og hadde interesse av å diskutere forskjellige typer bruk av tvang. Noen av disse arbeidet i vanlige sykehjemsavdelinger, og andre spesialavdelinger i sykehjem. Disse 60 var igjen fordelt på 11 fokusgrupper, der personalet ble intervjuet av forskere to timer av gangen.

«*Staff attitudes towards institutionalised dementia residents*» er forskning basert på en spørreundersøkelse gjort i 14 ulike sykehjem omhandlende personalets holdninger i forhold til personer med demens (Kada, Nygaard, Mukesh & Geitung, 2009). Spørreundersøkelser har den svakhet at man ikke vet om deltakerne har svart sant, og at svaralternativer dessuten kan tolkes individuelt. Vi velger allikevel å bruke denne forskningen, siden resultatene fra spørreundersøkelsen varierer fra utdanningsnivå, yrkeserfaring, alder og det at undersøkelsen er gjort i ulike sykehjem.

«*The ethics of coercive treatment of people with dementia*» er forskning gjort i Sverige basert på kvalitative forskningsintervju blant 10 autoriserte sykepleiere fra 10 forskjellige sykehjem. De intervjuede har jobbet med personer med demens i gjennomsnittlig 8 år. Intervjuene varte mellom 30-60 minutter og ble tatt opp og transkribert. Forskningen kunne med fordel involvert flere parter og andre type personell enn autoriserte sykepleiere. 10 sykepleiere fordelt på 10 sykehjem kan være for få deltakere, men vi velger allikevel å bruke forskningen fordi den har et annet perspektiv på hvordan tvang brukes i praksis i forhold til i Norge.

Vi har valgt å bruke fire forskningsartikler i vår oppgave. En på norsk og tre på engelsk. Vi har mange treff på det vi har søkt etter, og mener at disse fire artiklene dekker vår problemstilling og tematikk. Vi mener disse fire forskningsartiklene belyser det vi vil prøve å få frem i denne oppgaven, og at mer forskning kunne blitt overflødig i forhold til informasjonen som er innhentet.

#### 3.4.4 Aktuelt lovverk

Pasient- og brukerrettighetsloven 4A anser vi som den mest aktuelle lovparagrafen i forhold til oppgaven. Paragrafen tar for seg hvilke rettigheter pasient og bruker har i forhold til samtykkekompetanse. I pasient- og brukerrettighetsloven 4A (1999) skrives det blant annet «Før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, må tillitskapende tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette». Lovverket åpner også for å gjøre inngripen i pasienters liv hvis det anses at pasienten setter sin egen eller andres helse og liv i fare. Lovverket sier også at «helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes

fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

#### 3.4.5 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer er en beskrivelse av sykepleierens profesjonsetikk og sykepleierens forpliktelser i forhold til god praksis (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2011).

De yrkesetiske retningslinjene er delt opp og tar punktvis for seg sykepleieren og; profesjonen, pasienten, pårørende, medarbeidere, arbeidssted og samfunn (NSF, 2011).

Sneltvedt (2012) skriver at de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere og lovverket er samsvarende, og at brudd på disse medfører sanksjoner eller straff. Brudd på de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere vil medføre konsekvenser i form av utestenging fra fagforeningen (NSF), mens brudd på lovverk medfører strafferettslige konsekvenser (Sneltvedt, 2012). Vår påstand er imidlertid at man kan overskride hva som er etisk forsvarlig uten å bryte lovverk eller yrkesetiske retningslinjer, og at lovverket og retningslinjene ikke nødvendigvis er gode indikatorer på hva som er etisk forsvarlig eller integritetsbevarende. Dette kommer vi tilbake til i drøftingen.

#### 3.5 Etiske overveielser

I drøftingen presenterer vi ulike reelle pasienteksempler vi har opplevd i praksis. Det er viktig å anonymisere pasientene vi har møtt slik at de ikke er gjenkjennbare eller identifiserbare i forhold til det vi skriver (Dalland, 2014). Med dette menes at vi endrer eller ikke bruker navn, alder, diagnoser, kjønn og bosted.

Vi anonymiserer også institusjonene vi har vært på, slik at disse ikke stilles i dårlig lys, eller får unødvendig godt eller dårlig omdømme basert på våre opplevelser.

Vi velger å bruke begrepet «personer med demens» i motsetning til «demente». Ifølge Smebye (2008) betyr ordet demens oversatt fra latin «uten sjel», og vi tolker det slik at å være «dement» betyr å være sjelløs. Vi velger derfor å betegne pasientene som «personer med demens» og ikke som «demente», da «dement» tilsier at det ikke er noen andre sider ved personen enn diagnosen.

## 4. Funn og resultater

I dette kapitlet presenterer vi kort aktuelle funn og resultater fra forskningen vi har funnet.

Funnene og resultatene vil bli gjennomgått mer i detalj utover i drøftingen.

#### 4.1 Pasientmedvirkning, verdighet og demens

Anne Norheims (2009) artikkel omhandler pasientmedvirkning og verdighet. Artikkelen presenterer et par pasienteksempler der det gjøres rede for at rett til brukermedvirkning eller frihet ikke alltid er til det beste for pasienten. Studien viser til en modell med sammenhengen mellom selvbestemmelsesrett, menneskeverd og paternalisme:



Figur 5. Selvbestemmelsesrett, menneskeverd og paternalisme (Norheim, 2009).

Med denne modellen menes at de ulike sektorene påvirker hverandre, og at en balanse mellom disse faktorene må oppveies. Artikkelen nevner at sektor 1, 2 og 3 er de som er aktuelle i behandlingen av personer med demens (Norheim, 2009). Sektor 1 viser at pasienten har rett til selvbestemmelse og menneskeverd danner grunnlag for behandling. I sektor 2 overlapper paternalisme og menneskeverd, som i behandlingen vil si ekte paternalisme. Sektor 3 er alle prinsippene (menneskeverd, selvbestemmelsesrett, paternalisme) kombinert, noe Norheim (2009) sier at betyr at pasienten frivillig er med på foreslått tiltak. Norheim (2009) skriver at sektor 4 er så etisk problematisk at det ikke bør iverksettes med dette som bakgrunn. Norheim (2009) skriver at noen pasienter med mer frihet kunne «blomstre opp» og oppleve livskvalitet i høyere grad. Andre pasienter vil kunne utsette seg selv eller andre for fare ved å ha for mye selvbestemmelsesrett, fordi de ikke har innsikt i egen situasjon eller har en forvridd virkelighetsopfatning.

#### 4.2 Hvordan unngå bruk av tvang?

Forskningen av Gjerberg et al. (2013) viser at holdning, ferdighet og kunnskap er viktig for å

se individuelle behov og gi rett behandling til personer med demens. Forskningen tar også for seg forskjellige tilnæringsmåter for å gi best mulig behandling til personer med demens, både til krevende og mindre krevende pasienter. Forskningen kom frem til at kompetansenivå, utdanning, og erfaring er relevant for å utføre integritetsstyrkende sykepleie. Av sykepleierne som deltok i studien kunne 82% melde at de opplevde å se tvang bli anvendt i løpet av en uke. Deltakerne kunne også melde om at antall episoder med tvang gikk ned etter at praksisplassen tilbød personalet kurs i hvordan å behandle utagerende personer med demens (Gjerberg, Hem, Førde & Pedersen, 2013). Forskningen nevner at sykepleierne sa det var vanskeligere å bevare integriteten hos pasientene jo lenger demenssykdommen var kommet.

#### 4.3 Holdninger mot personer med demens

I artikkelen av Kada et al. (2009) har de studert holdninger ovenfor personer med demens hos pleiepersonell basert på alder, yrkeserfaring, utdanning og avdelingsstørrelse. «Håp» i forhold til personer med demens ble målt med påstander og hvorvidt personalet var enig eller ikke med disse. For eksempel «det finnes ikke håp for personer med demens» der personalet kunne svare i hvilken grad de var enig i påstanden. Undersøkelsen tok også for seg påstander som for eksempel «det er viktig at personer med demens tid fylles med stimulerende aktiviteter» som også ble svart med i hvilken grad personalet var enige. Studien viser at helsefagarbeidere viste signifikant mindre håp ovenfor personer med demens enn autoriserte sykepleiere. Personale over 50 år hadde signifikant mindre håp enn personale under 40 år. Personale med 10 eller færre år med yrkeserfaring rapporterte lavere håp enn personale med mer enn 10 års erfaring. Sykepleiere med videreutdanning i geriatri eller demens hadde signifikant høyere håp for personer med demens enn sykepleiere uten videreutdanning.

#### 4.4 Tvang, etikk og demens

Studien skrevet av Lejman et al. (2013) tar for seg hvorfor man bruker tvang i sykehjem til personer med demens i Sverige. Artikkelen tar for seg hvordan bruken av tvang kan minimeres etter at det svenske helse- og velferdsdepartementet droppet et lovforslag angående

bruk av tvang i sykehjem.

Studien viser til at tvang oftere tas i bruk i underbemannede avdelinger fordi man ikke har tid til å følge opp alle. Tvang i disse avdelingene består av for eksempel å spenne fast pasienter i rullestol om det er en fare for at de faller (Lejman et al., 2013). Dette ble gjort fordi personalet kunne fokusere på andre ting en å ha konstant oppsyn på pasientene som stod i fare for å falle.

Underbemanning har også ført til at de som ofte står opp om natten blir gitt beroligende legemidler før de skal sove, selv om de ikke nødvendigvis har behov for slike legemidler (Lejman et al., 2013). Helsepersonell trosset også autonomien til personer med demens som ikke ønsket å vaske seg. Selv om det er regler mot bruk av tvang innad i institusjonen blir disse oversett og begrunnet med at personer med demens ikke har god nok innsikt i sin livssituasjon. Studien viser til at fagkompetanse blant helsepersonell er den viktigste faktoren for å unngå unødig bruk av tvang (Lejman et al., 2013).

## 5. Drøfting

I drøftingskapitlet oppsummerer vi resultatene og funnene fra litteraturen, teorien og forskningen, i tillegg til egenerfaringer i forhold til valget av tema. Dette skal gi oss grunnlag for drøfting og diskusjon i forhold til problemstillingen:

«Hvordan kan sykepleieren bidra til å bevare integriteten til personer med demens i sykehjem?»

### 5.1 Integritetsbegrepet

Integritet blir definert som å være uskadd og bevart i sin helhet, og omhandler menneskets uavhengighet og ukrenkelighet (Kjøll, 2013, avsnitt 1). En person med demens er imidlertid ikke uskadd, sjelden bevart i sin helhet og er heller ikke uavhengig og ukrenkelig.

Integritetsbegrepet blir brukt mye i sykepleiefaget, men blir sjelden definert. Integritet i sin definisjon er derfor umulig; den dekker et urealistisk bilde av mennesket. Ingen mennesker er uavhengige eller ukrenkelige (Martinsen, 1989).

Vi velger derfor å gjøre rede for vår forståelse av begrepet i forhold til personer med demens. En person med demens taper sine funksjoner over tid (Rokstad, 2008), noe som i forhold til integritet betyr at personen ikke lenger er bevart i sin helhet. Personen blir også avhengig av andre, og står i fare for å bli krenket; fordi en person med demens i sykehjem er avhengig av tilrettelegging for å få utfylt sine grunnleggende behov. I forhold til sykepleie vil det å bevare integritet til personer med demens si å ivareta personens gjenværende interesser, funksjoner og mestringsnivå, og rett til selvbestemmelse og autonomi. Der personen med demens ikke lenger klarer å ivareta disse, kan sykepleieren være en stedfortreder (Austgård, 2010); en person som bevarer og ivaretar – ikke nødvendigvis styrker, men heller ikke krenker – integriteten.

#### 5.1.2 Tvang og integritet

Bruk av tvang har vi tidligere beskrevet kort i den teoretiske referanserammen. Vår påstand er at hvis man trosser en persons autonomi har man initiert i tvang. Tvang er tvang, uansett om den er formell, opplevd eller konkret; men er tvang alltid integritetskrenkende? Man trosser autonomi ved bruk av tvang – sin rett til å være full og hel – og krenker dermed integritet; men kan følgene av å *ikke* bruke tvang være mer integritetskrenkende?

For å unngå tvang er det viktig å tolke pasientens non-verbale kommunikasjon og inneha moralsk omsorg. Dette er spesielt viktig for at pasienten skal unngå opplevd tvang som følge av ytre press; pasienten kan si «ja», men utrykke et non-verbalt «nei». Gjennom empati og moralsk omsorg kan man forstå hvorfor pasienten sier «ja» ved ytre press og dermed unngå opplevd tvang for pasienten der sykepleier er usikker på om helsehjelpen ønskes.

Vi ser for oss en person med demens som ligger med for eksempel avføring og urin i

sengetøyet, og motsetter seg hjelp til å få det ordnet. Vil det da være mest krenkende å la være, eller å bruke tvang?

I praksis ville sykepleieren vanligvis gjort tillitskapende tiltak, for så å prøve på nytt, men vi velger for eksemplets del å presentere det svart-hvitt. Ved å bruke tvang i denne situasjonen krenker man pasientens integritet ved å trosse autonomi og selvbestemmelse; ved å ikke bruke tvang vil pasienten ligge i egen avføring og urin, noe som ikke er integritetsbevarende og *er* uverdigg. Det etiske dilemmaet består derfor av å velge hva som er *minst* krenkende.

En løsning vil stå mellom objektiverende sykepleie og invaderende sykepleie. Går man inn og bruker tvang er man invaderende, går man ut og lar det ligge er man objektiverende; begge er krenkende (Austgård, 2010). En annen løsning er å veie opp de tre prinsippene selvbestemmelsesrett, menneskeverd og paternalisme som Norheim (2009) skriver om. I dette tilfellet vil en kombinasjon av paternalisme og menneskeverd være det som er mest integritetsbevarende i forhold til situasjonen (Norheim, 2009). Selv om paternalisme kan virke integritetskrenkende for pasienten, vil denne løsningen være den mest bevarende; pasienten ville tidligere i livet ha ordnet dette selv, men er i denne situasjon inkapabel til dette. Om tvang er nødvendig er ifølge Norheim (2009) situasjonsbetinget, noe som understrekes av pasientens innsikt i egen livssituasjon. Dermed kan sykepleier fungere som stedfortreder som går i stedet for, og bevarer pasientens integritet, selv om paternalisme forekommer.

## 5.2 Innsikt i pasientens liv

Betydningen av å kjenne til pasientens forhistorie, tiltaksplaner, anamnese, pårørende og informasjonen de kan komme med er vesentlig; dette er de hjelpemidlene vi som sykepleiere har til å danne oss et bilde av hvordan pasienten ønsker tilværelsen sin å være (Gjerberg et al., 2013). Dette sørger for at vi kan unngå å krenke pasienten allerede før vi har møtt han, og danner grunnlaget for sykepleier-pasient-forholdet og bevarelse av integritet. Motsetningen er derimot personale som påvirker annet personale med subjektive meninger og fordommer ovenfor enkelte pasienter. Det er viktig at informasjonen man mottar er objektiv og ufortolket, slik at personale ikke møter pasienter med en påvirket holdning; positiv eller negativ (Eide & Eide, 2007). Personale som ubegrunnet omtaler pasienten negativt («han er sur i dag», «han er lite samarbeidsvillig») har derfor allerede svekket pasientens integritet ved å gi pasienten skyld for det negative. Pasienten har sannsynligvis en eller flere grunner til negativ oppførsel; bakenforliggende årsaker som pleierne kanskje ikke vet om eller at pleierne krenker pasienten uten at pleieren vet hvorfor, eller at pasienten ikke klarer å gi uttrykk for det (Rokstad, 2008). Et eksempel på at pleieren ikke vet dette kan være at hun går inn til en pasient og sier: «Hei

Ingvar! Stå opp nå så skal jeg stelle deg før frokosten». En person med demens kan da tenke: Hvem er du? Hvorfor skal du vaske meg (jeg greier dette fint selv)? Hvorfor kommer du inn i huset mitt og vekker meg klokka 08 om morgenen?

Pleieren har gått inn med gode intensjoner, men kan i dette tilfellet oppnå et skuffende resultat uten å vite hvorfor.

### 5.2.1 Eksempler fra praksis

Å omtale pasienter som sinte, sure eller håpløse er noe vi opplevde i sykehjemspraksisen vi delte sammen. Personalet kom med negative påstander uten å gi en forklaring på disse. Vi opplevde også at det ble baksnakket om en pasient allerede før hun skulle innlegges på avdelingen hvor en helsefagarbeider sa «Kommer hun hit? Hun har jeg vært hos da jeg var i hjemmesykepleien, hun vil ingenting og kjefter mye, hun må vi få ut av avdelingen så fort som mulig». I stedet for å stoppe slike ytringer ble flesteparten av personalet – inkludert sykepleier – heller med på å fortelle dette videre. Vi mener derfor at pleien til mange av pasientene ikke var optimal fordi personalet ikke ønsket kontakt med disse. Dette gikk også utover en av våre primærpasienter som led av demens. Denne pasienten var ofte utagerende og det var ikke mange som meldte seg for å gå inn til denne pasienten om morgenen. Vi satt igjen med en oppfatning av at personalet var lettet over at en av oss hadde valgt denne pasienten som primær, så de slapp å gå inn selv. De flyttet også denne pasienten til et annet sykehjem fordi de ikke greide å unngå utagering. En grunn til dette mener vi er kommet av den negative omtalen pasienten fikk i rapporter og dagligtale. I stedet for å fokusere på hva som løste de krevende situasjonene og hvordan personalet hadde tilrettelagt helsehjelpen, ble fokuset bare negativt. Det var også lite dokumentasjon på hvilke fremgangsmåter som kunne brukes for at denne pasienten skulle forholde seg rolig og unngå forvirringstilstander og handlinger som forårsaker uro.

Personalet hadde over to års erfaring med pasienten, men hadde ikke gjort seg mer kjent enn at pasienten var krevende og utagerende, som gjorde det vanskeligere å være på jobb. Slike holdninger og non-verbal kommunikasjon merkes av mennesker (Wogn-Henriksen, 2008) og det er heller ikke vanskelig å tenke seg til hvorfor denne pasienten var utagerende med slike holdninger hos personalet (Rokstad, 2008, Eide & Eide, 2007). Pasienten motsatte seg ofte helsehjelp og den ble likevel utført mot pasientens vilje, noe Martinsen ville definert som invaderende sykepleie fordi man trosser urørlighetssonen i form av manglende respekt for autonomi og at man utøver tvang (Austgård, 2010).

I andre praksis på skjermet enhet opplevde vi at situasjonen var helt annerledes. Her var negative ytringer ikke akseptabelt og man fokuserte heller på hvordan man skulle få pasienten



til å føle seg komfortabel. Gjennom ulike tilnæringsmåter og god dokumentasjon, fant man ut hva som fungerte bra og hva som ikke gjorde det. Vi opplevde at personalet var mer inkluderende for alle pasientene i avdelingene med disse holdningene og at pasientene fikk bedre oppfølging, pleie og opplevelse av å bo på sykehjem. På et av sykehjemmene tok også avdelingsledende sykepleier initiativ til å ha en refleksjonstime i uken hvor pleierne på avdelingen fortalte om hvilke pasienter de oppfattet som vanskelige og hvorfor, samt pasienter de hadde god kontakt med og hvorfor. På denne måten fikk man alltid nye innfallsvinkler på hvilke tilnæringsmåter som fungerte hos hver pasient, som førte til økt kunnskap om hvordan man kunne utøve god pleie og omsorg til alle på avdelingen. Dette gjorde det klart for pleierne hvor grensen for urørlighetssonen gikk hos hver pasient. Samtidig kunne pleierne som opplevde god kontakt med pasienter dokumentere hvordan dialogen og kommunikasjonen til pasienten foregikk. Martinsen omtaler dette som balansen mellom åpenheten og urørlighetssonen (Austgård, 2010). Som ifølge omsorgsteorien er den rette og mest etisk forsvarlige måten å utøve omsorg på (Austgård, 2010).

Innsikt i pasientens liv som stedfortreder kan derfor brukes til inspirasjon da pasienten kan oppleve depressive eller aggressive perioder som følge av mangel på innsikt i eget liv og situasjon (Rokstad, 2013, Austgård, 2010). Innsikt i pasientens tiltaksplaner og tidligere liv vil også gjøre det lettere å inneha en empatisk forståelse av pasienten, og gjøre det enklere å utøve praktisk, relasjonell og moralsk omsorg (Martinsen, 1989). Miljøbehandling er derfor en viktig del av integritetsbevarende sykepleie; den gir pasienten mulighet til å ivareta sine ferdigheter, sanser og ressurser generelt, noe som gir mestring og styrker integritet ved at pasienten får være seg selv (Rokstad, 2008).

Dette vil føre til en tryggere og mer behagelig opplevelse av det å være innlagt på et sykehjem, da man blir respektert for den man er og tidligere har vært, selv om man kanskje ikke er klar over det selv. Mennesker ofte med seg grunnleggende verdier hele livet; også personer med demens (Wogn-Henriksen, 2008).

### 5.3 Avledning

Avledning er ulike teknikker som ofte blir brukt til personer med demens, og som har hatt tilfredsstillende resultater for å unngå bruk av tvang (Gjerberg et al., 2013). Sykepleiere og annet pleiepersonell har rapportert inn at de til tider føler seg som skuespillere, og tar på seg

ulike roller i ulike situasjoner (Gjerberg et al., 2013). Vi mener imidlertid at avledning kan virke objektiviserende og integritetskrenkende mot pasienten (Austgård, 2010). Avledning kan brukes for å gjennomføre oppgaver som pasienten setter pris på i ettertid; dusjing, få medisiner, stå opp om morgenen eller å spise mat. Hovedproblemet rent etisk med avledning er at man i verste fall utnytter personen med demens' korttidshukommelse eller kognitive svikt til fordel for å gjennomføre oppgaver. Bruker man avledning som tillitskapende tiltak kan man unngå å utnytte den kognitive svikten, gjennom for eksempel reminisens for å styrke pasientens selvfølelse slik at pasienten ønsker helsehjelp (Wogn-Henriksen, 2008). Avledning når pasienten motsetter seg dusj er for eksempel å prate om pasientens interesser og prestasjoner for å få pasienten til å fokusere på noe positivt. Dette «myker» opp pasienten og sjansen for at han går med på dusj blir større når man spør neste gang. Pasienten har nå glemt at han i utgangspunktet takket nei til dusj, men pleieren har avledet pasienten og fått igjennom forslaget. Følger vi omsorgsteorien vil vi komme frem til at sykepleierens ansvar er å vite hva som er det beste for pasienten, når pasienten ikke er i stand til å vite dette selv (Austgård, 2010). Men hvordan kan sykepleieren vite hva som er til pasientens beste, hvis pasienten ikke vet dette selv?

Avledning blir omtalt som relativt uproblematisk, og heller som en fordel i forhold til å unngå bruk av tvang (Lejman et al., 2013). I forskningen er det tydelig at tvang er integritetskrenkende, men avledning blir sjeldent nevnt som etisk problematisk. Rent konsekvensetisk kan vi se at avledning er mindre integritetskrenkende enn tvang; men det er fortsatt en form for lureri. Erfaringsmessig kan vi si at pasienter som har blitt avledet i forhold til dusjing og medisiner sjelden blir mer urolig eller utagerende i ettertid, i motsetning til situasjoner der det er blitt brukt tvang (Gjerberg et al., 2013).

### 5.3.1 Eksempel fra praksis

Dette er et eksempel opplevd av én av kandidatene, så vi har valgt å bruke «jeg» i dette eksempelet. Avledning kan imidlertid virke mot sin hensikt ved pasienter som sliter med indre uro. Et eksempel fra praksis er en person med demens som tydelig har bekymringer,

vrangforestillinger og vandrer ofte rundt i den hensikt å komme seg ut av avdelingen. De ansatte prøvde som regel å avlede pasienten fra å vandre rundt, og ba han heller om å holde dem med selskap, høre på musikk eller drikke kaffe, i stedet for å stille spørsmål til hvorfor han var urolig. En dag fulgte jeg med pasienten på vandring og satt meg ned sammen med han, og spurte om hva som var galt. Han fortalte meg om bekymringene og spørsmålene han trengte svar på, hvorpå jeg brukte aktiv lytting og stilte spørsmål til det han sa. Jeg brukte en begrenset realitetsorientering der jeg hadde fokus på å avkrefte vrangforestillingene uten å bruke motargumenter, og samtidig validere følelsene hans. Wogn-Henriksen (2008) nevner at en begrenset realitetsorientering er hensiktsmessig ved vrangforestillinger. Etter å ha pratet sammen et kvarter merket jeg at pasienten var mindre anspent og mer rolig, og jeg spurte om vi ikke skulle se film sammen med de andre, for å få tankene over på noe annet.

Jeg ga pasienten et valg om han ville prate mer, eller om han frivillig ville la seg avlede fra sine tanker. Jeg tolket det slik at pasienten her fikk utløp for sine tanker, og han gikk med på å se film i fellesstuen og var rolig resten av kvelden.

Hvis pasienten hadde blitt avledet som normalt, kunne han blitt mer urolig utover kvelden slik det pleide å være; men en samtale på 15 minutter var det som skulle til denne dagen.

Validering av pasientens følelser og kommunikasjon er derfor hensiktsmessig for å unngå direkte avledning. Hadde pasienten blitt direkte avledet hadde han ikke fått utløp for noen av sine tanker; sin mulighet til å være full og hel. Dermed hadde hans integritet blitt krenket, samt at vi hadde vist lite respekt og interesse for det underliggende problemet. Ved å ta problemet seriøst ble han roligere utover kvelden; om han hadde blitt avledet kan det hende dette hadde hjulpet i noen minutter før uroen kom tilbake. Man kan ikke se på pasientene som objekter (Austgård, 2010), men heller at personer med demens har behov for å bli hørt og sett på lik linje som alle andre – og mest sannsynlig i enda høyere grad siden de ikke har kontroll over egen livssituasjon (Rokstad, 2008, Gjerberg et al. 2013, Lejman et al. 2013).

Som en oppsummering til det vi har skrevet, tror vi det er hensiktsmessig å spørre hvorfor pasienten ikke ønsker helsehjelpen vi tilbyr, i stedet for å avlede tankene bort på noe annet. Vi tror dette vil være en bedre tilnærming enn å avlede først og spørre etterpå, med tanke på respekt for pasienten og integritet. Når dette er sagt er det viktig å understreke at avledning er et viktig hjelpemiddel for å unngå bruk av tvang; men vi mener avledning bør brukes avhengig av situasjon, og ikke som hovedregel da dette kan virke integritetskrenkende.

#### 5.4 Lovverk og integritet

Vi stiller spørsmål ved lovverk, og i hvilken grad dette har innvirkning på behandling av personer med demens. I Norge har vi som kjent § 4A i pasient- og brukerrettighetsloven som lov og retningslinjer i forhold til bruk av tvang og vedtak på dette. Loven trådte i kraft i 2009

og skiftet fokuset fra en paternalistisk pleiekultur over i et mer individuelt fokus (Norheim, 2009, Gjerberg et al. 2013). Vi velger å bruke Sverige som sammenligning mot betydningen av å ha et nasjonalt lovverk, siden Sverige ikke har et tilsvarende definert lovverk (Lejman et al., 2013). På de ti sykehjemmene som ble undersøkt i Sverige tolket vi resultatene slik at det var en lavere terskel for bruk av tvang, med heller tvilsomme metoder mot for det vi ser her hjemme. For eksempel når pasienter vandret på natten ble de møtt med beroligende medisiner med liten rett til brukermedvirkning (Lejman et al., 2013). Vi tror et lovverk der tvang ikke er nevnt kan føre til paternalisme. Om dette er positivt eller negativt kan diskuteres; dette åpner for tiltak pasienten motsetter seg. Om sykepleieren innehar empati og moralsk omsorg kan det være lettere å gjennomføre behandling basert på menneskeverd og paternalisme (Norheim, 2009); i motsetning til et lovverk der man ikke kan gjøre det. Med dette mener vi at en sykepleier med erfaring og kjennskap i forhold til pasienten, kan handle til pasientens beste uten å krenke, selv om man trosser autonomi (Norheim, 2009). Gjerberg et a. (2013) rapporterer at 82% av ansatte observerer bruk av tvang (uten vedtak) iløpet av en uke på norske sykehjem. Lovverket åpner for at tvang kan brukes hvis pasientens eller andres liv står i fare (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Tvang i forhold til lovverket blir definert som formell tvang (Gjerberg et al. 2013). Lovverket sier at tillitskapende tiltak skal prøves før bruk av tvang, med mindre det er «åpenbart formålsløst» å gjøre dette. Det nevnes også at tvang kan brukes for å unngå skade for pasienten, at helsehjelpen anses som nødvendig eller at det foreligger tiltak i forhold til behov for helsehjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Men hvordan kan helsepersonell avgjøre hva som er åpenbart formålsløst, og hvor går grensen for at helsehjelpen anses som nødvendig? Virker et lovverk som åpner opp og godkjenner bruk av tvang til sin hensikt?

Lovverket nevner at inngrep i kropp, legemiddelbruk og grad av motstand fra pasienten avgjør hva som er et alvorlig inngrep. Det vil si at helsepersonell *kan* anse dusj som «nødvendig helsehjelp» samtidig som pasienten motsetter seg dette, og at dette ifølge lovverket er et alvorlig inngrep (inngrep i kropp). Lovverket er relativt A4, og muligens diffust siden det kan tolkes på forskjellige måter. Vi tror imidlertid at lovverket – og spesielt §4A – har endret holdninger blant helsepersonell etter den trådte i kraft. Vi tror lovverket har skiftet fokuset fra en paternalistisk tilnærming og over på et mer balansert sykepleier-pasient-forhold, som sykehjem og spesialavdelinger videre har utbedret i sin praksis.

Vi har opplevd i praksis at lovverket har blitt tatt hensyn til, men at avdelingene har moralske standarder som er høyere enn dette. Sykepleiere og annet pleiepersonell i spesialavdelinger vil så langt det lar seg gjøre unngå bruk av tvang, men dette er ikke på grunn av lovverket;

sykepleierne vi har møtt har fokusert på pasienten gjennom empatisk tenkning og refleksjon, og lovverket har sjelden blitt nevnt. Derfor tror vi lovverket har fungert som en rullende snøball der vi har sett et holdningskifte som har påvirket institusjoner og personell, og etisk tenkning har som følge av lovverkets innførsel steget de siste årene.

### 5.5 Bemanning, kompetanse og erfaring

Felles fra forskningen og teorien er at kompetansenivået blant personellet er den viktigste faktoren for å unngå bruk av tvang og for å bevare integritet (Gjerberg et al. 2013, Norheim, 2009, Lejman et al. 2013, Rokstad, 2008). Det virker logisk at underbemanning er en faktor som øker bruk av tvang, og at flere ansatte på jobb minsker bruk av tvang og integritetskrenkelse.

Forskningen fra Gjerberg et al. (2013) understreker imidlertid at det ikke er noen sammenheng med antall ansatte på jobb og mindre bruk av tvang, hvis personellet ikke innehar tilfredsstillende kompetansenivå. Forskningen tilsier at underbemanning øker bruk av tvang (Lejman et al., 2013) – på grunn av tidsklemme, mens tilfredsstillende bemanning ikke har noen funksjon hvis kompetansenivået er for lavt (assistenter, helsefagarbeidere uten spesialisering, personell uten kurs) (Gjerberg et al., 2013). Norheims (2009) artikkel nevner også at personell uavhengig av stilling brukte mindre tvang etter kursing med fokus på demens og brukervedvirkning.

#### 5.5.1 Holdninger og håp

I Kadas (2009) forskning viser de til sammenhenger mellom utdanning, erfaring og alder i forhold til holdninger og håp i møte med personer med demens. Undersøkelsen tok for seg påstander som «det er viktig at personer med demens tid fylles med stimulerende aktiviteter» som ble svart med i hvilken grad personalet var enige (Kada, 2009). Resultatene viser at de med lavere grad av utdanning viste signifikant mindre enighet i blant annet denne påstanden. Vi tror dette har mye å si for personalets holdninger i forhold til miljøbehandling og personer med demens. Stimulerende aktiviteter er en del av miljøbehandling, og hvis lavere utdannet personale anser dette som mindre viktig, vil de også se på andre former for miljøbehandling som mindre viktig. Vi mener dette kan gå utover pasientens hverdag og integritet i negativ forstand. Miljøbehandling er integritetsbevarende da hensikten er å ivareta interesser, ressurser, mestring og personligheten til pasienten. Hvis dette ikke tas hensyn til står man i fare for å gi behandling til en pasientgruppe, og ikke til den enkelte pasient. Dette vil si at det kollektive blir satt foran det individuelle, og at pasienter ikke får ivaretatt sin integritet da de ikke får være seg selv.

Gjerberg et al. (2013) skriver at personalets holdninger har sammenheng med bruk av tvang. Derfor kan vi si at utdanning og holdninger i forhold til tvang henger sammen; holdninger og håp i forhold til personer med demens var lavere hos ufaglærte, personale med liten erfaring og personale uten videreutdanning, i motsetning til helsefagarbeidere med videreutdanning eller kursing, og sykepleiere eller sykepleiere med videreutdanning og erfaring (Kada et al. 2009). Ufaglærte, helsefagarbeidere og personale med lite erfaring har lavere terskel for å bruke tvang til personer med demens (Gjerberg et al. 2013). Vi kan derfor trekke en direkte sammenheng; grad av utdanning fører til profesjonelle holdninger, holdninger fører til mindre bruk av tvang, som fører til et integritetsbevarende fokus i høyere grad. Vi kan si at lavere grad av utdanning fører til invaderende sykepleie; pleieren viser åpenhet uten å ta hensyn til urørlighetssonen (Austgård, 2010). Siden utdanning, erfaring og alder står i sammenheng med bruk av tvang, kan vi trekke en linje mellom invaderende sykepleie og grad av faglig innsikt og forståelse.

#### *5.5.1.1 Eksempler fra praksis*

I praksis 5. semester var en av oss i en situasjon der det hadde ankommet en ny pasient på avdelingen. Denne pasienten ønsket ikke å være der og det ble fattet et tvangsvedtak på tilbakeholdelse i institusjon. Denne pasienten ble klart vurdert til ikke å klare seg selv. Pasienten hadde for vane å sove lenge om morgenen, noe de fleste lot henne gjøre, men enkelte helsefagarbeidere og ufaglærte syntes dette var en dårlig vane og stelte henne på morgenen mot hennes vilje, samt hevet sengen inne hos pasienten så hun ikke kunne legge seg igjen før kvelden. Dette førte til at pasienten satt på stuen og sov i stedet for i sengen der hun ønsket å være. Jeg opplevde at pasienten ble mer irritabel, kortfattet, og mindre kontaktsøkende. De ulike helsefagarbeiderne og ufaglærte mente godt i å vekke pasienten tidlig om morgenen, men dette ga et uheldig utslag da pleien ble invaderende; noe som virker integritetskrekkende (Austgård, 2010), fordi de trosset pasientens rett til å være seg selv fullt og helt. Den av oss som var på denne praksisen i samarbeid med sykepleier som daglig veileder snakket med de som gjorde dette og reflekterte rundt situasjonen med de ufaglærte og helsefagarbeiderne det gjaldt. Vi forklarte at dette er pasientens hjem og at man ikke skal bestemme over når man skal stå opp fordi pasienten i all hovedsak kan bestemme dette selv, og at dette var lite hensiktsmessig da pasienten sov på stuen i en stol i stedet for i sengen. Etter dette ble autonomien til pasienten respektert og man opplevde at pasienten var mer positiv, noe som var viktig da hun i utgangspunktet ikke ønsket å være i avdelingen. Tvangsvedtaket på tilbakeholdelse ble også etterhvert fjernet, fordi vedtaket ikke lenger ble ansett som nødvendig.

### 5.5.2 Kompetansenivå og ansvar

I norske sykehjem er det i gjennomsnitt en tredjedel som jobber uten utdanning på fagområdet, og kun en fjerdedel av personalet som har høgskoleutdanning (Gjerberg et al., 2013). Gjerberg et al. (2013) skriver også at som utdannet personell har man et ansvar for de som mangler kompetanse å gi kunnskap (NSF, 2011, Rokstad, 2008). I første praksis var det få sykepleiere på jobb, og de som jobbet var sjelden i dialog med ansatte med lavere eller ingen utdanning om hvorvidt pleien var etisk forsvarlig, hva som kunne bedres eller å gi ny kunnskap til disse. I spesialavdelingen var refleksjoner og enighet om hvordan å forholde seg til de ulike pasientene tatt opp av sykepleiere og videreutdannede; noe som sikret praksis og bevarte pasientenes integritet (Gjerberg et al. 2013). Det var viktig for de med høyere grad av utdanning å ta opp med personalet hva som var bra og hva som kunne forbedres, og vi merket at assistenter og helsefagarbeidere hadde bedre arbeidsmoral på spesialavdelingen enn på det førstnevnte sykehjemmet. Interesse for faget og opplevelsen av å jobbe på lag med ansatte som hele tiden var problemløsende og i dialog med hverandre gjorde pleien effektiv og givende for pasientene og personalet. De yrkesetiske retningslinjene understreker også dette «ledere av sykepleietjenester har et særskilt ansvar for å skape rom for fagutvikling og etisk refleksjon» (NSF, 2011).

Vi understreker derfor viktigheten av at det er sykepleierens ansvar å reflektere med personale for å videreformidle kunnskap, holdninger og hva omsorg og yrkesetikk innebærer.

## 6. Konklusjon

Å ivareta personer med demens integritet i sykehjem er sammensatt. Vi velger å trekke frem de faktorene vi mener er viktigst i forhold til personer med demens og integritet. For å gi en

person med demens muligheten til å være full og hel – i den grad dette er oppnåelig – stilles det krav til fagkunnskap, interesse og moralsk omsorg og empati. Det handler om å ha innsikt i pasientens liv uten å ha fordommer eller å la seg påvirke av lavere utdannet eller personell med lavere moralske standarder. Det er viktig at sykepleien til hver pasient er individuelt tilpasset gjennom miljøbehandling, og at man ikke kan bruke hovedregler til alle pasienter; som avledning eller tvang. Paternalisme kan påvirke personer med demens positivt og negativt; sykepleieren må finne en balanse mellom menneskeverd, selvbestemmelse og paternalisme med hensyn til pasientens integritet.

Vi konkluderer med at lovverket har fungert til sin hensikt, og inspirert pleiepersonell og sykehjemsavdelinger til å ha et individuelt fokus i høyere grad enn tidligere. Vi understreker imidlertid at lovverket er oppe for tolkning i forhold til tvang, og den eneste måten å kunne handle moralsk på og bevare integritet er å lære moral; både i etisk teori og i praksis.

Holdninger og håp blant personell i sammenheng med utdanning og kompetansenivå later til å være den viktigste faktoren for integritetsbevarende sykepleie, siden holdninger og håp påvirker personalets pleie til pasienten. Sykepleierens funksjon i sykehjemsavdelingen bør – i tillegg til den konkrete pleien – være å reflektere over omsorg og etikk, veilede, videreformidle kunnskap og vise gode holdninger; å være et forbilde for øvrig personale.

Dette sier vi med bakgrunn i forskning, faglitteratur og praksis, og vi understreker viktigheten av ansvaret, fagkompetansen, og verdiene sykepleieren sitter med, fordi dette reflekteres av den totale omsorgen i sykehjemsavdelingen.

Sykepleierens funksjon vil i lys av dette være å heve standarder og få i gang en refleksjonsprosess hos personalet; den samlede omsorgen i avdelingen ikke er bedre enn det svakeste ledd.

## 7. Litteraturliste

\*Austgård, K., A., B. (2010). *Omsorgsfilosofi i praksis – Å tenke med filosofen Kari*



*Martinsen i sykepleien*. Oslo: Cappelen Akademisk.

Brinchmann, S., B. (Red.). (2012). *Etikk i sykepleien* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O., & Trygstad, H. (2014). Kilder og kildekritikk. *Metode og oppgaveskriving* (5. utg., s 63-81). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

\*Gjerberg, E., Hem, M. H., Førde, R., Pedersen, R. (2013). How to avoid and prevent coercion in nursing homes: a qualitative study. *Nursing Ethics*, 20(6), 632-44.

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

\*Kada S., Nygaard H., A., Mukesh, B., N. & Geitung, J., T. (2009). Staff attitudes towards institutionalised dementia residents. *Journal of clinical nursing*, 18(16), 2383-92.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02791.x>

\*Kirkevold, M. (2014). Lek: Sykepleieteori. *Store medisinske leksikon*. Lokalisert 28. Jan 2015, på <https://sml.snl.no/sykepleieteori>

\*Kjøll, G. (2013). Lek: Integritet. *Store norske leksikon*. Lokalisert 22. Jan 2015, på <https://snl.no/integritet>

\*Lejman, E., Westerbotn, M., Pöder, U., Wandensten, B. (2013). The ethics of coercive treatment of people with dementia. *Nursing Ethics*, 20(3), 248-62.

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

\*Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin – Historisk-filosofiske essays*. Oslo: Universitetsforlaget.

\*Norheim, A. (2009). Betydningen av pasientmedvirkning og verdighet overfor pasienter med demens i sykehjem. *Demens & Alderspsykiatri*, 13(3), 12-15.

Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (Rev. Utg.). Lokalisert på [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 1-3. (2015).

\*Rokstad, A. M. M. (2008). Forståelse som grunnlag for samhandling. Rokstad, A. M. M. & Smebye, K. L. (Red.), *Personer med demens – møte og samhandling* (1. utg., s. 60-86). Oslo: Akribe AS.

\*Rokstad, A. M. M. (2008). Hva er demens? Rokstad, A. M. M. & Smebye, K. L. (Red.), *Personer med demens – møte og samhandling* (1. utg., s. 27-45). Oslo: Akribe AS.

\*Rokstad, A. M. M. (2008). Miljøbehandling. Rokstad, A. M. M. & Smebye, K. L. (Red.), *Personer med demens – møte og samhandling* (1. utg., s. 152-179). Oslo: Akribe AS.

\*Rokstad, A. M. M. & Smebye, K. L. (Red.). (2008). *Personer med demens – møte og samhandling* (1. utg.). Oslo: Akribe AS.

\*Smebye, K., L. (2008). Å møte personer med demens. Rokstad, A. M. M. & Smebye, K. L. (Red.), *Personer med demens – møte og samhandling* (1. utg., s. 13-26). Oslo: Akribe AS.

Sneltvedt, T. (2012). Hva innebærer det å være en profesjonell sykepleier? Brinchmann, S., B. (Red.). *Etikk i sykepleien* (3. utg., s. 151-165). Oslo: Gyldendal Akademisk

\*Vikøren, B., M. & Pihl, R. (2012). Lek: Fokusgruppe. *Store norske leksikon*. Lokalisert 06. februar 2015, på <https://snl.no/fokusgruppe>

\*Winther, F., Ø. (2009). Lek: Paternalisme. *Store medisinske leksikon*. Lokalisert 21. Jan 2014, på <https://sml.snl.no/paternalisme>

\*Wogn-Henriksen, K. (2008). Kommunikasjon. Rokstad, A. M. M. & Smebye, K. L. (Red.), *Personer med demens – møte og samhandling* (1. utg., s. 87-113). Oslo: Akribe AS.

\* Selvvalgt litteratur: 657 sider

## Vedlegg

### 1. PICO-skjema

Patients/population/problem	Intervention/initiativ/action	Comparison	Outcome	
Personer med demens blir utsatt for integritetskrenkende behandling i sykehjem	Kursing, viderefremdling av kunnskap, bevisstgjøring, refleksjon over utførte helsetjenester og kommunikasjon, empati, respektere pasientenes autonomi, pasientkontakt	Tvang, underbemanning, tidspress, prioritert rutinebasert arbeid, ubegrunnede eller lite reflekterte tilnærings- og pleiemåter.	Bevissthet over utført arbeid, rolige og fornøyde pasienter, kunnskapsbasert praksis, pasienters mulighet til å være seg selv.	OR
Dementia, coercion, ethics, paternalism	Communication, consumer participation, ethics, environmental design, paternalism, empathy, human dignity,		Integrity, communication, consumer participation, human dignity,	
AND				

## 2. Søkeskjema

Database	Søkeord	Antall treff	Inkluderte artikler
----------	---------	--------------	---------------------

Google Scholar	Kari Martinsen (forfattersøk)	2020	0
Google Scholar	Gjerberg (forfattersøk)	709	0
McMaster+	Dementia, integrity	51	0
PubMed	Dementia, coercion, nursing home	11	2 (Gjerberg et al. 2013 + Lejman et al. 2013)
PubMed	Dementia, consumer participation, integrity	5	0
PubMed	Dementia, environmental design, integrity	0	0
PubMed	Dementia, attitudes, morale	11	1 (Kada et al. 2009)
PubMed	Dementia, paternalism, human dignity	11	0
SweMed+	Dementia, coercion	13	0
SweMed+	Dementia, nursing home, consumer participation,	5	1 (Norheim, 2009)
SweMed+	Dementia, paternalism, human dignity	0	0

Søkene er gjort mellom 12. januar 2015 og 17. januar 2015.