



Campus Elverum, avd. Kongsvinger

Kjerstin Alise Stålsmo Fossheim og Melissa Kristin Toran

Bacheloroppgave i sykepleie – 4BACH

## **”Demens – et ønske om en bedre hverdag”**

**”Dementia - a wish for a better everyday”**

Veileder: Marit Berg

BASYK 2014

2017

Antall ord: 12.451

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA  NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA  NEI

## **Livets høst**

*Jeg er lik et tre!*

*Lik treet ble jeg også til ved et frø.*

*Lik treet fikk jeg mange sår, men vokste videre,  
mer motstandsdyktig, mer hårdhudet, men også myk.*

*Lik treet fikk jeg også rynker etter hvert.*

*Lik treet om høsten mister jeg nå blader.*

*Blader som forteller hvem jeg er, hva jeg er,  
erfaringer jeg har gjort, viten, hvem jeg er glad i.*

*Lik treet om høsten, føler jeg meg også tom, ribbet,  
fattig, uten blader.*

*Livet mitt "faller av".*

*Uten blader, intet liv, sier du vel.*

*Men de som ser meg, kjenner meg.*

*Vit at som treet gjemmer på livskilden i sitt indre,  
har også jeg en livskraft, et hjerte som føler.*

*Jeg blir fortsatt glad, redd, sint, trist.*

*Jeg føler og lever, men kun i øyeblikket.*

*Der ligger forskjellen på deg og meg.*

*Vær så snill, øyeblikket er det eneste jeg har.*

*Del det med meg*

Dikt skrevet av Kirsti Solheim:

Treet, bladene og den demente

(Solheim, 1996, s.17)

# Sammendrag

**Tittel:** Demens – et ønske om en bedre hverdag

**Problemstilling:** *Hvordan kan vi som sykepleiere møte den demente pasients ønske, når pasienten motsetter seg helsehjelp?*

**Hensikt:** Vi ønsker å undersøke og innta ny kunnskap om hvordan vi som sykepleiere kan møte den demente pasients ønske, selv når pasienten motsetter seg helsehjelp, med fokus på forebygging av bruk av tvang.

**Metode:** Vi har basert litteraturstudien på forskning, pensumlitteratur og egenvalgt litteratur.

**Teori:** Vi har anvendt Dorothea Orem som sykepleieteoretiker, og hennes teorier om den menneskelige evnen inkludert egenomsorg. Vi har også anvendt litteratur om demens, autonomi og paternalisme, lover, kommunikasjon, sykepleierens vurdering av motstand og samtykkekompetanse og pleie og omsorg både ved bruk av tvang og uten.

**Konklusjon:** Vi har kommet frem til at det kan være vesentlig å starte med å etablere en tillitsfull relasjon mellom sykepleier og pasient, for å kunne forebygge bruk av tvang.

Dorothea Orem og Tom Kitwoods teorier om egenomsorg og personsentrert omsorg, er svært sentralt i oppgaven vår, i forhold til hvordan vi bør se pasienter med en demenslidelse.

Videre har vi oppdaget viktigheten ved at sykepleieren observerer, reflekterer, og sørger for økt kunnskap og kompetanse innen fagfeltet. Det er hensiktsmessig for å kunne møte pasientens ønske, når pasienten motsetter seg helsehjelp.

# Innhold

Sammendrag .....	3
<b>1. Innledning .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1 Bakgrunn for valg av tema og oppgavens hensikt .....</b>	<b>6</b>
<b>1.2 Presentasjon av problemstilling .....</b>	<b>7</b>
<b>1.3 Begrepsavklaring .....</b>	<b>7</b>
<b>1.4 Avgrensning .....</b>	<b>7</b>
<b>1.5 Temaets relevans for sykepleiere .....</b>	<b>8</b>
<b>1.6 Oppgavens oppbygging .....</b>	<b>8</b>
<b>2. Metode .....</b>	<b>9</b>
<b>2.1 Litteraturstudie .....</b>	<b>9</b>
<b>2.2 Databaser og søkeord .....</b>	<b>10</b>
<b>2.3 Kildekritikk .....</b>	<b>10</b>
<b>2.4 Presentasjon av forskningsartikler .....</b>	<b>11</b>
<b>3. Teori .....</b>	<b>14</b>
<b>3.1 Forklaring av demens .....</b>	<b>14</b>
<b>3.1.1 Symptomer og utvikling .....</b>	<b>14</b>
<b>3.2 Sykepleieteoretiker .....</b>	<b>15</b>
<b>3.2.1 Orems åtte funksjoner ved egenomsorg .....</b>	<b>16</b>
<b>3.2.2 Terapeutisk egenomsorg .....</b>	<b>16</b>
<b>3.2.3 Forutsetninger for egenomsorg .....</b>	<b>17</b>
<b>3.2.4 Helse .....</b>	<b>17</b>
<b>3.2.5 Sykepleie .....</b>	<b>18</b>
<b>3.3 Autonomi og paternalisme .....</b>	<b>18</b>
<b>3.4 Sykepleierens vurdering av motstand og samtykkekompetanse .....</b>	<b>20</b>
<b>3.5 Kommunikasjon .....</b>	<b>21</b>
<b>3.6 Bruk av tvang .....</b>	<b>22</b>
<b>3.7 Pleie og omsorg uten bruk av tvang .....</b>	<b>23</b>
<b>3.7.1 Tillitsskapende tiltak .....</b>	<b>24</b>
<b>3.7.2 Verdighet og livskvalitet .....</b>	<b>26</b>
<b>3.8 Pasient- og brukerrettighetsloven, Kapittel 4. A .....</b>	<b>26</b>
<b>4. Drøfting .....</b>	<b>28</b>
<b>4.1 Sykepleierens vurdering av samtykkekompetanse og motstand .....</b>	<b>28</b>
<b>4.2 Bruk av tvang .....</b>	<b>32</b>
<b>4.3 Pleie og omsorg uten bruk av tvang .....</b>	<b>35</b>
<b>5. Konklusjon .....</b>	<b>40</b>

<b>6. Litteraturliste</b> .....	41
<b>Vedlegg 1</b> .....	47
<b>Vedlegg 2</b> .....	48
<b>Vedlegg 3</b> .....	49

# 1. Innledning

Det er over 77.000 mennesker som har diagnosen demens i Norge. Antallet vil øke betraktelig i fremtiden, grunnet økende folketall samt en høyere gjennomsnittsalder. Dette vil føre til problematikk i form av behov for flere institusjoner og en økning innenfor problemfylte situasjoner for helsepersonell. Det eksisterer allerede den dag i dag, problemfylte situasjoner hvor etiske dilemmaer spiller en stor rolle. I slike situasjoner kan resultatet ofte begrunnes med at tvang var den beste løsningen for pasienten. Slike avgjørelser kan bli fattet uten at helsepersonellet har vurdert andre alternativer eller uten at det har blitt opprettet et tvangsvedtak (Nasjonalforeningen, 2017).

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema og oppgavens hensikt

Formålet med denne oppgaven er å belyse sykepleierens plikter og ansvar i møte med den demente pasient ved bruk av tvang. Vi har satt fokuset på pasienter over 60 år.

Helsepersonellet er pålagt å vurdere andre alternativer før bruk av tvang skal tas i bruk. Til tross for dette, er det flere steder der det blir brukt tvang unødvendig. Grunnen til det kan være en kombinasjon av at enkelte ser på tvang som en rask og enkel løsning, samtidig som det er mangel på kunnskap. Fokuset skal være å utøve god omsorg og pleie til pasienten. Det er viktig å se på mennesket som en helhet, og ikke kun fokusere på sykdommen. En skal ivareta pasientens autonomi så langt det lar seg gjøre. Hvis pasienten motsetter seg nødvendig helsehjelp og tvang må tas i bruk, skal dette gjøres på en faglig og lovlig måte (Kirkevold mfl., 2015, s.177). Ved å fokusere på bruk av tvang innenfor demensomsorgen og ved å opplyse og informere om pasient- og brukerrettighetsloven, håper vi at vi kan nå ut til flere mennesker og forhåpentligvis redusere bruken av tvang.

Vi har valgt temaet «tvang innenfor demensomsorgen». Det kan ofte oppstå et etisk dilemma for sykepleiefaget og funksjon i en slik situasjon. Grunnen til det er at sykepleier skal ivareta pasientens autonomi og integritet, til tross for utfordringen ved situasjoner der pasient ikke har innsikt i egen sykdom, og ut ifra det motsetter seg nødvendig helsehjelp (Kirkevold mfl., 2015, s. 217).

Hovedgrunnen til at vi valgte dette temaet, er at vi har et stort ønske om å øke bevisstheten rundt bruk av tvang innenfor demensomsorgen, og forhåpentligvis være med på å redusere bruken av det. Vi ønsker å opplyse mennesker om blant annet hva som er

lovpålagt å gjøre når en pasient motsetter seg helsehjelp, hvordan en kan ivareta pasientens autonomi så langt det lar seg gjøre og hvilke funksjoner en sykepleier har i situasjoner der det blir nødvendig med bruk av tvang (Kirkevold mfl., 2015, s. 223).

## 1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan vi som sykepleiere møte den demente pasients ønske, når pasienten motsetter seg helsehjelp?

## 1.3 Begrepsavklaring

**Demens** kan defineres som en rekke organiske sykdommer som forekommer i hjernen. Sykdommen påvirker en mental svikt i hjernen i tillegg til viljestyrte funksjoner (NEL, 2016).

**Tvang** er et begrep som handler om at personens egne valg og bevegelsesfrihet blir fritatt, og det kan pådra seg ubehag for vedkommende (Tretteteig, 2016, s.208).

## 1.4 Avgrensning

Vi ønsker å finne ut hvordan sykepleier kan møte pasientens ønske når pasienten motsetter seg helsehjelp, og hvilke fremgangsmåter sykepleier bør følge i en slik situasjon. På grunn av oppgavens omfang, har vi valgt å fokusere på voksne pasienter med demens i sykehjem.

Det vi ønsker å finne ut av når vi snakker om å forebygge, er hvordan vi som sykepleiere kan møte den demente pasient som motsetter seg helsehjelp, og hvordan vi kan bruke kommunikasjon og tiltak som resulterer i en eventuell forebygging av tvangsbruk. Vi har unnlatt å fokusere på pårørende som en ressurs da dette temaet blir for stort, men vi synes det er viktig å påpeke at det er et tema som er meget relevant.

## **1.5 Temaets relevans for sykepleiere**

Temaet tvang er meget relevant for sykepleiere innenfor demensomsorgen, dette har vi erfart gjennom praksis. Vi har observert ved flere tilfeller at pasienten motsetter seg nødvendig helsehjelp, eksempelvis der pasienten har hatt behov for intravenøs væske eller hvor pasient har nektet å oppholde seg på institusjon. Ut ifra yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, er det enkelt å forstå at sykepleiere opplever etiske dilemmaer svært ofte i sitt arbeid (Norsk Sykepleierforbund, 2016). I følge en forskningsartikkel som handler om nettopp dette, kom det frem at sykepleierne hadde utfordringer med å forstå kommunikasjon og non-verbal kommunikasjon med pasientene på grunn av deres lidelse. Sykepleierne viste forståelse overfor pasientene. De forstod viktigheten med å ha tilstrekkelig med kunnskap og kompetanse, men de følte at tiden ikke strakk til og at pasientene fikk minimalt med fokus ved bruk av tvang (Garden & Hauge, 2012). Dermed er det viktigere å rette fokuset mot bruk av tvang innenfor demensomsorgen. For at situasjonen kan bedres for pasienten, er det viktig og nødvendig at sykepleier har tilstrekkelig med kunnskap.

## **1.6 Oppgavens oppbygging**

Vi har delt oppgaven inn i tre hoveddeler, eksklusiv innledningen: metode, teori og drøfting. I metoddelen skriver vi om hvilken metode vi har brukt og begrunner dette. Vi tydeliggjør hvilken måte vi har gått frem på for å finne litteratur, og presenterer både kildekritikk og våre valg av kilder. I teoridelen tar vi for oss blant annet teori om demens, pasient- og brukerrettighetsloven og tillitsskapende tiltak. Vi går nærmere inn på kommunikasjon og sykepleieteoretikeren Dorothea Orem og hennes teori om egenomsorg. I drøftingsdelen drøfter vi problemstillingen vår knyttet opp mot teori og forskning, samt våre egne synspunkter. I slutten av oppgaven tar vi for oss konklusjon på problemstillingen vår.



## 2. Metode

En metode er en fremgangsmåte hvor problemene blir løst og en tilegner seg ny kunnskap. Vi velger en bestemt metode ut ifra om den vil gi oss god informasjon samt at det belyser spørsmålet vårt på en interessant og faglig måte. Vi har valgt å benytte og inkludere forskning som er basert på både kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode innebærer å legge frem data fremstilt som enheter som er målbare, altså resultater som er tallfestet, mens kvalitativ metode handler om å undersøke og beskrive opplevelser, erfaringer, følelser og meninger og deretter legge frem en tolkning av dette (Dalland, 2014, s. 110-112).

### 2.1 Litteraturstudie

Vår oppgave vil gjennomføres med litteraturstudie som en metode. Det medfører at vi tar et litteratursøk slik at vi kan finne forskning og teori som vi ønsker å ta i bruk i vår oppgave. Kildene vi finner vil bli kritisk vurdert ut ifra kildenes gyldighet og relevans (Dalland & Trygstad, 2014, s. 72). Teorien som vi fremstiller i litteraturstudiet er basert på pensumlitteratur fra sykepleieutdanningen, selvvalgt litteratur og fag- og forskningsartikler.

Etter at vi tok for oss hvilket tema vi ønsket for denne oppgaven, har vi søkt mye rundt på relevante temaer og formulert en problemstilling. Etter å ha formulert en problemstilling, begynte vi å søke på ord som omhandler problemstillingen vår. Ved hjelp av å bruke forskjellige søkeord benyttet vi oss av PICO- skjema. Skjemaet blir brukt som et hjelpemiddel, som hjelper oss til å forberede litteratursøket vårt. PICO står for; P- Patient/problem (pasient/problem) som betyr at vi skal sette fokus på pasientgrupper som er relevant til problemstillingen. I – Intervantion (intervensjon) betyr hvilke tiltak vi vil iverksette i forhold til problemstillingen. C – Comparison (sammenligning) handler om nødvendigheten ved å sette opp flere tiltak opp mot hverandre. O – Outcome (utfall) innebærer hvilke utfall av tiltakene som er nyttige og som vi ønsker å se mer på (Kunnskapsbasert praksis, 2012).

## 2.2 Databaser og søkeord

I litteratursøket vårt har vi gått gjennom ulike databaser som står oppnevnt på biblioteket ved Høgskolen i Hedmark. Ved å bruke søkemotoren Google Scholar har vi fått direkte tilgang til enkeltartikler med søkeordene «dementia and use of coercion» og «stimulation therapy dementia». Gjennom denne databasen har vi plukket ut kilder som er referert i litteraturstudier/oversiktsartikler som er publisert ut ifra fagfellelvurdering av tidsskriftene.

I tillegg har vi søkt med norske søkeord «god omsorg og demens» og «demens og tvang» i det norske tidsskriftet Sykepleien, hvor vi har begrenset søket til fagfellelvurderte forskningsartikler. Vi har også benyttet oss av søkemotoren SveMed+ med søkeord «dementia and coercion», hvor vi har funnet artikler referert som kilder som er oppdaterte og innen en valgt tidsperiode.

Vi har fått mange treff på søk via databasene, hvor vi har ekskludert flere artikler på bakgrunn av våre kriterier som er følgende; bruk av nyere forskningsartikler (ikke eldre enn 10 år) og at artiklene skal være fagfellelvurdert. Vi har valgt å ha fokus på å inkludere artikler som er norsk- eller engelskspråklig, samt artikler som tar for seg voksne (over 60 år). Vi har valgt å legge med en spesifikk forklaring for søk og funn av de artiklene vi har brukt (Vedlegg 2).

## 2.3 Kildekritikk

Da vi startet med å vurdere litteraturen vi hadde valgt, sikret vi artiklene ut ifra IMRaD-modellen (Introduksjon, Metode, Resultater (og) Diskusjon). Dette er en struktur som ofte blir benyttet når forskningen publiseres (Dalland & Trygstad, 2014, s. 79-80). Videre har vi valgt å benytte fagfellelvurdering «peer reviewed» på artiklene våre. Det sikrer at artiklene har gjennomgått en kvalitetssikring, det vil si at før forskningen blir publisert vil det bli evaluert og godkjent av eksperter innen det samme fagområdet (Dalland & Trygstad, 2014, s. 78). Ved å kombinere bruken av IMRaD-modellen og fagfellelvurdering av artikler, har vi oppnådd en økt sikkerhet i form av at forskningsartiklene vi har brukt omhandler forskning og ikke fag-artikler. I tillegg til dette har vi vært kritiske og vurdert individuelt hver artikkel vi har funnet, ut ifra sjekklister for kritikk av forskningsartikler via Kunnskapssenteret (2015).

Vi må stille oss kritisk til bruk av foreldet litteratur, dermed har vi valgt å bruke litteratur som ikke er mer enn 10 år gammel. Det vil si at vi har brukt artikler fra 2007 – 2017. Tre av forskningsartiklene vi har valgt å bruke er engelskspråklige, selv med våre engelskkunnskaper kan det forekomme misforståelser i tolkningen vår av artiklene. Vi har reflektert over at de engelskspråklige artiklene vi har valgt, har studier som er basert fra sammenlignbare land som Norge. I dette tilfellet gjelder det Frankrike, Storbritannia, Italia, Spania, Brasil og Sverige.

En av forskningsartiklene vi har benyttet er en såkalt systematisk oversiktsartikkel (review article). Dette er artikler som kan anses som sekundærlitteratur, på det grunnlaget av at disse oversiktsartiklene baserer seg på forskning fra tidligere vitenskapelige tidsskrifter. Det vil si at forfatterne av denne forskningsartikkelen har dannet sin egen tolkning av andres arbeid, hvor vi igjen har tolket dette på nytt. Det kan føre til at noe av materialet kan ha blitt mistolket eller blitt utelatt ut ifra primærlitteraturen vi har benyttet (Dalland & Trygstad, 2014, s. 79).

## **2.4 Presentasjon av forskningsartikler**

Hem mfl. (2010) har gjennomført en kvalitativ studie basert på fokusgruppeintervjuer som ble publisert i 2010. På intervjuene ble det samlet data fra 60 deltakere som var fordelt på 11 grupper, disse fokusgruppene holdt sted i Norge. I intervjuene var fokuset på de ansattes oppfattelse av frivillighet og tvang, hvilke alternativer og tiltak som ble tatt i bruk for å kunne unngå bruk av tvang, hvordan motstand fra pasientens side ved pleie og omsorgstilfeller resulterte i bruk av tvang, hvilke situasjoner som inneholdt tvangsbruk og hvilken form for tvang ansatte hadde utført og erfart. Artikkelen konkluderer med at helsepersonell må innse viktigheten med at en er engasjert, omsorgsfull og at en har behov for forskning slik at forståelsen og kunnskapen kan utvikle seg i riktig retning. Ved at helsepersonell blir mer bevisst over tvangssituasjoner de erfarer og hvilke alternativer som eventuelt kan tas i bruk i stedet for tvang, vil tvangsbruken kunne reduseres på sikt. Studien tar for seg temaet og utfordringene med å utføre pleie og omsorg til pasienter med demens som motsetter seg helsehjelp, og forklarer dette på en faglig og god måte. Det er et viktig tema som vi ønsker å ta med, og ved å ta i bruk denne studien kan vi forsterke oppgaven vår.

Garden & Hauge (2012) har gjennomført en kvalitativ studie publisert i 2012. Studien baseres på intervju av 8 sykepleiere i Norge. Intervjuene ble tatt i bruk for å få bedre kjennskap til hvilken opplevelse sykepleierne har ved å bruke tvang innenfor demensomsorgen. I studien kommer det frem til at sykepleiernes profesjonalitet blir påvirket ved bruk av tvang, og de opplever utfordringer med å forstå pasienten og føler seg ansvarlig for pasientens negative reaksjon rundt dette. Artikkelforfatterne konkluderer med at kompetansen og ressursene til sykepleieren er et viktig grunnlag for å kunne bistå med nødvendig helsehjelp når pasienten motsetter seg dette. De får frem viktigheten med at sykepleieren skal fokusere på hva som anses som det beste for pasienten, og at det kan resultere i mindre usikkerhet ved bruk av tvang innenfor demensomsorgen. Vi synes dette var en studie som formulerer metode og konklusjon på en god måte, og temaet kommer tydelig frem. Vi velger å ta med denne artikkelen da sykepleierens rolle inkludert opplevelse innenfor bruk av tvang, er meget relevant for oppgaven og den kan være behjelpelig med å svare på vår problemstilling.

Thorvik mfl. (2016) har gjennomført kohortstudie som ble publisert i 2014. I studien har de samlet data om totalt 31 personer, fordelt på 20 ansatte og 11 pasienter. Dette er pasienter som er fordelt på to avdelinger for personer med demens ved to sykehjem i Norge. Formålet med studien var å finne ut hvordan helsepersonell kan gi god omsorg til pasienter med en demenslidelse, til tross for deres urolighet og mangel på sykdomsbilde. Artikkelforfatterne ser en sammenheng mellom at ansatte kan stole på hverandre å jobbe sammen som et team, fleksibilitet og evnen til å tåle rutinebrudd, uorden, samt at de kan utøve en god omsorgsrettet sykepleie. På grunnlag av dette konkluderer artikkelen med at ansatte må være beredt, ha en fleksibel tilnæringsmåte, ha god kunnskap om dette fagfeltet, samt ha en god relasjon til pasienten. Dette resulterer i at urolige pasienter med demens får en god omsorgsrettet sykepleie, og dermed vil tryggheten og tilliten mellom pasienten og ansatt øke. Denne studien er overførbart til hva vi har opplevd i egen praksis, og funnene i forskningen er gode tillitsskapende tiltak som gjenspeiler det vi ønsker å ta med i vår oppgave.

Lejman mfl. (2013) har gjennomført en kvalitativ studie publisert i 2013. Studien baseres på intervjuer med 10 sykepleiere som er avdelingsledere i Sverige. Artikkelen tar for seg sykepleierens utfordringer ved å ta i bruk tvang. Den tar også for seg sykepleierens håndtering ved en situasjonen der pasienten motsetter seg nødvendig helsehjelp, og mulighetene ved å finne andre alternativer enn tvang. Formålet med studien er å formidle

viktigheten med å ivareta pasientens ønsker og meninger, selv innenfor demensomsorgen. Sykepleier kommer opp i etiske dilemmaer daglig ved hverdagslige gjøremål. Da er det desto mer viktig at sykepleier respekterer pasienten, utfører god og trygg pleie og håndterer slike situasjoner ut ifra å tenke på pasientens beste med grunnlag i lovverket. Artikkelen konkluderer med at sykepleierens arbeidsoppgaver som å utføre god og trygg sykepleie, ha forståelse og kunnskap ved å vite når tvang må tas i bruk eller ei, samt å følge loven når det kommer til tvangsbruk. Det er noe av det viktigste å følge innenfor demensomsorgen. Det settes strenge krav ved nettopp dette. Vi velger å ta med denne artikkelen da den tar opp sykepleiers oppgaver både ved bruk av tvang og ellers, dette er noe vi ser på som høyst relevant og som kan hjelpe oss med å besvare problemstillingen.

Woods mfl. (2012) har gjennomført en oversiktsstudie publisert i 2012. Forskningen tar for seg 15 tidligere studier med totalt 718 deltakere. Studien har stor variasjon både på land og institusjoner. Deltakerne var fra land som Frankrike, Storbritannia, Italia, Spania og Brasil, og fra institusjoner som sykehus, sykehjem, dagsenter og forskjellige grupper dannet av pårørende til pasientene. Hensikten med studien er å ta i bruk den mentale treningen kognitiv stimulering, som er beregnet for pasienter med demens, å evaluere treningens effektivitet og virkning ved bruk av tiltak. Artikkelforfatterne konkluderer med at kognitiv stimulering har en god effekt på pasienter med demens, og at dette har en positiv virkning på pasientens livskvalitet. Pasientene som deltok på dette viste forbedring på kommunikasjonsferdighetene sine samt at de samhandlet bedre enn tidligere. Vi syntes dette var en faglig god studie hvor både hensikt, metode og konklusjon kommer godt frem. Vi ønsket å ha den med da studien har fokus på et alternativ som kan forhindre bruk av tvang slik som vår oppgave har fokus på.

## 3. Teori

I denne delen av oppgaven skal vi anskaffe nødvendig kunnskap for å besvare problemstillingen vår. Vi vil starte med å gjøre rede for sykdommen demens og symptomer og fremstille Dorothea Orems egenomsorgsfilosofi og hennes syn på helse og sykepleie. Videre vil vi følge opp med teori om autonomi, paternalisme, sykepleierens vurdering av samtykkekompetanse og motstand, kommunikasjon, bruk av tvang, pleie og omsorg uten bruk av tvang, tillitsskapende tiltak inkludert verdighet og psykolog Siri Næss sin definisjon av livskvalitet og pasient- og brukerrettighetsloven. Vi ser på teorien overfor som en viktig medhjelper og en nødvendighet for at vi skal kunne besvare problemstillingen vår.

### 3.1 Forklaring av demens

Ord som demens og senil har blitt brukt som skjellsord i flere tiår. En person blir fratatt sin integritet og verdighet når disse begrepene tas i bruk, grunnet dens negative betydning. Det er mange fordommer i samfunnet om sykdommen demens, det blir betraktet som nedverdiggende (Hummelvoll, 2014, s.401). Demens skyldes endringer i hjernen ved at signaloverføringen av nerveceller minkes eller går tapt. Nervecellene i hjernen vil arbeide tyngre enn vanlig, det resulterer i at mentaliseringsevnen svekkes. Dermed vil sjansen øke for å utvikle psykiske symptomer og skape en utfordrende atferd (Aronsen mfl., 2010, s.230).

Ved denne sykdommen svekkes de kognitive funksjonene som hukommelse, orientering, evnen til å forstå og tenke og problematikk ved språk og regning. Det er viktig å påpeke og ta i betraktning at bevisstheten til vedkommende ikke svekkes. Til tross for at personer med demens kan bevare og ivareta sin identitet, vil hverdagslige gjøremål konverteres til det negative. Det vil tydeliggjøres i form av utfordringer ved påkledning, måltider, hygiene og sosialisering blir snudd til isolering og passivitet (Skårderud mfl., 2015, s. 473).

#### 3.1.1 Symptomer og utvikling

En demenslidelse gir ulike symptomer basert på hvilken del av hjernen som er rammet. Å ha en demenslidelse fører til atferdsendring og nedsatt kognitiv funksjon. Dette foregår over lengre tid. Demenslidelsene har mange likhetstrekk i forbindelse med symptomer:

nedsatt hukommelse, språkforstyrrelser, problematikk ved læring, orientering, redusert oppmerksomhet, vrangforestillinger og hallusinasjon og apati – endret kontroll over følelser (Aronsen mfl., 2010, s. 230).

Før en demensdiagnose kan stilles, må symptomene ha vært til stedet i minst 6 måneder. Det finnes ingen konkret diagnostikk på sykdomsforløpet ved demens, det er en stor individuell variasjon. Det avhenger av hvilken type demenslidelse en har. Ved enkelte tilfeller går sykdomsforløpet over flere tiår, mens hos andre er forløpet kortvarig (Simonsen, 2008, s.3).

Utviklingen av sykdommen kan beskrives i tre faser: mild, moderat og alvorlig. Startfasen har kjennetegn som sviktende hukommelse - ofte i forbindelse med hendelser som nylig har skjedd, nedsatt tidsorientering samt utfordringer ved språk. Sykdommens neste fase er av moderat grad. Her kan pasientene oppleve større utfordringer med hukommelsen og bruk av evnene til å tidsorientere seg. Hverdagslige gjøremål som påkledning, hygiene og det å være selvstendig og ta egne valg, blir sterkt redusert. I denne fasen hender det ofte at pasientene får psykotiske symptomer i form av hallusinasjoner, vrangforestillinger samt endret atferd. I den siste fasen oppstår kjennetegn som handlingssvikt, hjelpeløshet, inkontinens ved urin og avføring, manglende kontroll på bevegelsesapparatet samt avhengig av pleie døgnet rundt (Simonsen, 2008 s.4-5).

## **3.2 Sykepleieteoretiker**

Vi har valgt å fokusere på sykepleieteoretikeren Dorothea Orem. Hun skriver om ulike ting som har en likhet med temaet vi har valgt. Dermed ble det naturlig for oss å velge Orem's sykepleieteorier.

Orem forklarer sykepleierens oppgaver på en faglig og god måte. Orem forklarer menneskets trekk og evnen til å lære, på en måte som er sammenlignbar med oss. Mennesket har evnen til å lære, til å ta til seg kunnskap av affektiv og kognitiv karakter og psykomotorisk ferdighet. Ved å bruke disse kunnskapene og ferdighetene vi tar til oss, resulterer i at vi utøver egenomsorg (Orem, 1995, s. 104 & 153-155).

Egenomsorg kan defineres som det å være kapabel til å ta vare på seg selv. Egenomsorg handler også om den egenskapen å kunne ta vare på andre. Hvis en person er kapabel nok til å ta vare på seg selv, har vedkommende de nødvendige egenskapene ved å handle og

være selvstendig i sin egen funksjon og utvikling. Egenomsorg omfatter menneskets evne til å gi egenomsorg overfor de menneskene som ikke har kapasitet til å utføre egenomsorg på grunn av sykdom/tilstand (Orem, 1995, s.103-104).

### **3.2.1 Orem's åtte funksjoner ved egenomsorg**

Egenomsorg baseres på ulike funksjoner som bør være til stede hos en sykepleier. Dette er ment som grunnlaget ved sykepleie i praksis. Orem (1995) forklarer sykepleierens åtte funksjoner slik:

- Å se hvilke mennesker som har behov for sykepleie.
- Å uttrykke det spesifikke fokuset eller det rette sykepleiemålet i samfunnet.
- Å vise de viktigste konseptene innenfor pleie, basert på kunnskap og praksis, samt etablere et system av symboler og språk.
- Å sette grenser, tenke orientert og ha praktisk innsats innen sykepleie som forskning, utvikling og utdanning.
- Å redusere kognitiv belastning og engasjere personer som har forståelse for teorien ved å kategorisere og danne konsepter relatert til sykepleierens funksjoner i ulike situasjoner.
- Å akseptere å jobbe med andre mennesker og deres fagområde i hverdagen, inkludert familier og enkeltpersoner i samfunnet.
- Å utvikle en metode for tenking og kommunikasjon innen sykepleie.
- Å samle sykepleiere som et samfunn, å fortsette med utvikling, struktur og validering innen sykepleiekunnskap.

Når sykepleier har disse egenskapene i seg og tar i bruk disse egenomsorgsprinsippene, vil det bli økt fokus på pleien som blir gitt til den syke (Orem, 1995, s. 167).

### **3.2.2 Terapeutisk egenomsorg**

Orem definerer terapeutisk egenomsorg slik: ”Spesifikasjon på ulike typer pleie som er kjent for å være regulatorisk ved et menneskets funksjon og utvikling over tid”.

Terapeutisk egenomsorg beskriver faktorer i livet til pasienten inkludert omgivelsene, og dette må holdes stabilt innenfor deres verdier (Orem, 1995, s.187 & 189).



Orem påstår at alle mennesker i alle aldre har et terapeutisk egenomsorg behov. Dermed kan det anses som en kvalitet eller en egenskap som er til stedet i menneskeheten.

Mennesker har individuelle terapeutiske egenomsorgsbehov som blir basert på kvalitativ og kvantitativ variasjon, og disse behovene kan variere fra gang til gang. Det kvalitative og kvantitative kan variere ut ifra eventuelle endringer som kan oppstå i verdiene dine i forbindelse med behovet ved selvkontroll. Samt i teknologien for å få oppfylt kravene (Orem, 1995, s.187).

### 3.2.3 Forutsetninger for egenomsorg

Det er tre forutsetninger innenfor egenomsorg som er nødvendig, for en god funksjon og utvikling:

**Universal:** Mennesket har behov for inntak av materiale som mat, vann og luft, samt behov for å skape og opprettholde levevilkår som er med på å støtte livsprosessen.

**Utvikling:** Menneskets utvikling fra start til slutt, krever formasjon og vedlikehold av forhold som fremmer utviklingsprosessen i hver periode av livssyklusen.

**Helseavvik:** Genetiske og konstitusjonelle feil og avvik ved en normal strukturert og funksjonell integritet fører til krav til forebyggende og regulatoriske tiltak for å kontrollere deres eksistens, samt å kontrollere og dempe dens effekt (Orem, 1995, s.108).

Egenomsorgsbehov som har blitt validert av deres suksessfulle bruk, kan føre til at enkeltmenneske kan administrere sin egen helse og trivsel (Orem, 1995, s.108).

### 3.2.4 Helse

Helse kan defineres som levende ting og deres helhetlige funksjon og struktur. Helse beskriver levende ting som dyr, mennesker og planter. En kan ofte beskrive et menneske som friskt og syk. Dermed kan en også beskrive fysiologiske mekanismer, emosjonelle reaksjoner, den mentale funksjonen og kroppen vår, som friskt eller sykt. Et individ er kapabel til å evaluere seg selv og deres helse, og kan dermed vite om en føler seg frisk eller syk. Et individ har og kapasiteten til å danne seg et inntrykk av helsen til andre individer, både ved direkte og indirekte kontakt. Disse evaluerende inntrykkene er mulige å oppfatte på grunn av individets forståelse av helse (Orem, 1995, s.96).

En sykepleiers arbeidsoppgave består av å søke informasjon om hver enkelt pasient, og finne ut av vedkommendes egen innsikt på helsen sin. For eksempel en pasient som har en annerledes utvikling i sitt sykdomsforløp enn andre pasienter med andre sykdommer. En slik situasjon kan føre til at pasienten motsetter seg nødvendig helsehjelp på grunn av manglende innsikt samt forståelse i sykdommen sin. Ved et slikt tilfelle vil det være nødvendig at sykepleier hjelper pasienten med å få økt forståelse for situasjonen. Her må sykepleier observere og vurdere pasientens kapasitet til økt forståelse og tilrettelegge for den nødvendige helsehjelpen (Orem, 1995, s.100).

### **3.2.5 Sykepleie**

Sykepleiere inntar opplevelser og erfaringer som både involverer dem selv og andre. En sykepleier viser forståelse, observerer, reflekterer samt har tilstrekkelig med kunnskap på sitt fagområde (Orem, 1995, s.153).

Orem (1995) beskriver sykepleierens dyktighet i flere punkter: villig til å lære mer, villig til å lære bort, og være interessert i faget sitt i form av å søke etter svar ved diskusjoner, i ulike settinger, og ved refleksjon hvor forståelsen er ufullstendig. En sykepleier må kunne skille mellom det å være profesjonell og det å ha sine egne meninger. Sykepleier må godta forskjellige meninger ved interesser, generell sykepleie og retninger innenfor yrket sitt. En sykepleier må være kunnskapsrik, innsynsfull og dyktig nok til å vite hvilke oppgaver og hvilke forhold som karakteriseres en persons helsesituasjon (Orem, 1995, s.153-155).

En sykepleier har kunnskap om ulike behov. Sykepleieren hjelper mennesker med pleie, slik at vedkommende får den hjelpen og sykepleien som trengs. Et menneske med sykdom, svikt i funksjonsevnen og motgang, har den samme retten til å få oppleve velvære (Orem,1995, s.155).

### **3.3 Autonomi og paternalisme**

Begrepet autonomi er en kombinasjon av to greske ord: auto som betyr selv og nomos som betyr regulering og styring. Definisjonen på autonomi er dermed selvstyring, selvregulering eller medbestemmelse (Slettebø, 2013, s.88).

Autonomi kan ha ulik betydning for den enkelte, dette avhenger av om vedkommende har samtykkekompetanse eller ei. For at en person skal kunne ta et autonomt valg, er det

vesentlig at den forstår informasjonen som blir gitt og konsekvensene av valget en tar. Evnen til å ta autonome valg blir redusert hos en person med demens, dermed kan autonomi ha en annen betydning for denne pasientgruppen. Det å bestemme hverdagslige ting som klesvalg, matvalg eller valg innenfor hygiene, kan ha stor betydning for en pasient med demens. Selv små avgjørelser som dette, kan bidra til at vedkommende føler seg selvstendig og at medbestemmelsen deres blir ivaretatt. Dermed er prinsippet autonomi like aktuelt hos pasienter med demens, til tross for deres kognitive svikt (Solvoll & Granum, 2017, s.1).

Sykepleierens rolle i slike situasjoner, er å gi god nok informasjon slik at vedkommende oppnår forståelse og kan avgjøre et valg ut ifra dette. Det er viktig at sykepleieren er lyttende, forståelsesfull og viser respekt overfor pasienten, og ikke presser vedkommende til å ta et bestemt valg. Det er viktig å gjennomføre pleie og omsorg med integritet, respekt og verdighet. Dette resulterer i at pasienten føler seg sett, som igjen kan bidra til at det blir enklere for vedkommende å fatte en beslutning. Slik blir selvstendigheten og autonomien til denne pasientgruppen ivaretatt (Solvoll & Granum, 2017, s.6).

Dersom det blir nødvendig for helsepersonell å ta en beslutning på vegne av en pasient, tar de i bruk begrepet paternalisme. Ved bruk av paternalisme blir pasienten fratatt sin beslutningsevne og selvstyring. Helsepersonellet har da krav på å få informasjon om pasienten. Plikten til helsepersonellet er å vise god omsorg, og reflektere over hva som er etisk riktig med tanke på pasientens beste. For å kunne oppnå velferd og trivsel hos pasienten, skal beslutningene og utførelsen av dette gjøres på en fleksibel og betryggende måte (Hummelvoll, 2014, s.96).

Det kan oppstå flere dilemmaer i hverdagen i forhold til pasientens autonomi og personalets paternalisme, som kan føre til overdrivelser fra begge sidene. Det viktigste med paternalisme er at helsepersonell har et fokus om å alltid oppnå det som er til det beste for pasienten (Rokstad & Smebye, 2015, s.226). Det moderlige og det faderlige prinsipp handler om å skape god omsorg. Disse prinsippene spiller en betydelig rolle når det kommer til vekst og utvikling. Det moderlige prinsippet innebærer det å være beskyttende, trofast og kravløs. Det faderlige prinsippet går mer ut på det å være aktiv, utvikle seg, villig til å lære, bli kraftfull og kunne yte i livet. Prinsippene finnes både i kvinner og menn, og det er viktig å utvikle seg disse egenskapene for å bli komplett. Disse prinsippene kan gjenspeiles i sykepleien som blir utført da dette er til god nytte for å hjelpe pasienter (Strand, 2014, s.77).

### **3.4 Sykepleierens vurdering av motstand og samtykkekompetanse**

I demensomsorgen spiller sykepleierens kompetanse en viktig rolle. Den kompetansen kan forsterkes ved at sykepleier reflekterer daglig over ulike situasjoner og handlinger ved møtet med pasient. Å reflektere over handlingene sine kan deles inn i tre områder: å vite hva som bør gjøres, å reflektere mens en handler og reflektere i etterkant av handlingen. Det hender ofte at pasienter med demens gjør motstand i ulike situasjoner, da er det viktigere at sykepleier reflekterer daglig over sine handlinger og arbeidsoppgaver. Sykepleier har en plikt til å vise forståelse for pasientens motstand, og ut ifra det forsøke å håndtere og løse situasjonen (Rokstad, 2015, s.218 & 340). Folk flest bestemmer over sitt eget liv, men i enkelte tilfeller når noen får en psykisk lidelse eller en demenssykdom vil evnen til å planlegge å ta egne beslutninger svekkes. Det kan resultere i at en kan miste samtykkekompetansen. Samtykkekompetanse defineres som en person som er i stand til å se konsekvensene og vurdere valgene i handlingene sine (Helsenorge, 2015).

Sykepleier utfører stadig viktig vurderingsarbeid i form av å vurdere en persons samtykkekompetanse når personen motsetter seg nødvendig helsehjelp. Johnsen & Smebye (2008) utdyper seg om at samtykkekompetanse er et stort og kjent dilemma innenfor demensomsorgen. Hovedgrunnen til dette er at pasienter med demens kan ha utfordringer med å forstå hva samtykkekompetanse er og konsekvensene av det (Johnsen & Smebye, 2015, s.214). Når sykepleieren skal vurdere om en pasient har samtykkekompetanse, er det fire ulike vurderingsmomenter en kan benytte som er opplyst i rundskrivet IS-10/2015. Disse blir beskrevet som den menneskelige evnen til å kunne uttrykke et valg, samt evnen til å kunne innta og forstå informasjon som er relevant for å ta en avgjørelse om helsehjelp. En må ha evnen til å kunne godkjenne den relevante informasjonen ut ifra situasjonen en er i, spesielt ved sin egen sykdom og ha kjennskap til de eventuelle konsekvensene som kan oppstå ved behandlingen. En må også ha evnen til tenke fornuftig og vurdere ulike behandlingsalternativer (Helsedirektoratet, 2015, s.77).

Hvis sykepleier konkluderer med at pasienten ikke lenger er samtykkekompetent, er det to alternativer som kan tas i bruk, som vil ha retten til å bestemme i lag med pasienten. Det er valget mellom pårørende og hjelpeverge. Hvis pårørende ikke skulle ønske å være ansvarlig med å ta avgjørelser for pasienten, kan en hjelpeverge være et godt alternativ. En hjelpeverge er en person som overtar ansvaret med å fatte avgjørelser for

vedkommende, hvis det er en mulighet skal disse avgjørelsene fattes sammen med pasienten. En hjelpeverge blir oftest opprettet i forbindelse med pasienter som har en demens diagnose (Kirkevold mfl., 2015, s.218).

### **3.5 Kommunikasjon**

Kommunikasjon kan defineres som en utveksling mellom en eller flere personer. For å kunne danne en relasjon til en person, er kommunikasjon et viktig utgangspunkt. Ved å bruke kommunikasjon som et hjelpemiddel, kan helsepersonell oppnå tillit med pasienten. Dermed er det viktig at helsepersonellet sørger for at pasienten får en forståelse ved bruk av verbal og non-verbal kommunikasjon. Dette gjøres ved at helsepersonellet har nok kunnskap om tilnæringsmåtene innenfor kommunikasjon (Eide & Eide, 2008, s.17 & 19).

Mennesker kommuniserer ved å ta i bruk både verbal og nonverbal kommunikasjon, og dette overføres mellom hverandre. Når en person kommuniserer, vil overføringen av dette tolkes individuelt hos vedkommende. Ved å ta i bruk den verbale kommunikasjonen, vil kommunikasjonen bestå av ord, setninger og lyder. Nonverbal kommunikasjon kan defineres som kroppsspråket vårt. Dermed blir dette kommunikasjon i form av ansiktsuttrykk, motoriske bevegelser og berøring. Den verbale og nonverbale kommunikasjonen bygger opp hverandre og utgjør en helhet på kommunikasjonen en ønsker å få frem. En kan møte situasjoner hvor en pasient med demens kun formidler budskapet sitt via nonverbal kommunikasjon, og derfor kreves det at sykepleier har tilstrekkelig med kunnskap både om verbal og non-verbal kommunikasjon. Slik som Richard Palmer sa: ”Det krever en stor lytter for å høre hva som faktisk sies, en enda større for å høre hva som ikke sies, men som kommer til uttrykk i talen” (Eide & Eide, 2008, s.17-18 & 220).

Hver gang sykepleier og pasient er i kontakt uavhengig om de har en samtale eller ikke, har de en kommunikasjon med hverandre. Når det er en stillhet mellom dem og hvor følelser og inntrykk som øyekontakt og berøring blir uttrykket, er det den non-verbale kommunikasjonen som kommer til syne. Når et spørsmål blir stilt til den andre personen, er dette et uttrykk om at en ønsker å få den andre til å prate. Da blir det brukt verbal kommunikasjon. Verbal og nonverbal kommunikasjon er tegn og signaler som ofte er sammensatt. Avsenderens budskap blir overført til mottakeren som igjen må fortolket

dette. Det som blir sendt og det som blir tolket, spiller en viktig rolle med tanke på hvordan mennesker opplever å bli møtt. Dette kan medføre at en person kan føle nærhet eller avstand, tillitt eller mistillit og enighet eller uenighet. Mennesker kan reagere forskjellig på signaler som blir sendt fra andre, og derfor er det usikkert hvordan mottakeren tolker disse signalene (Eide & Eide, 2008, s.17-18 & 220).

Når en skal kommunisere med pasienter som har en demens diagnose, kan reminisens og validering være meget hjelpelig. Reminisens er en prosess som fremkaller minner, og er en metode som egner seg godt ved kommunikasjonen (Eide & Eide, 2008, s.393). Hensikten med å fremkalle minner og ta dette i bruk i kommunikasjonen, er å få pasienten til å bearbeide minnene sine samt øke pasientens selvfølelse og endre egenverdien deres til det positive (Hummelvoll, 2014, s.413). Validering er en metode som kan stimulere hukommelsen i forbindelse med følelser. Det er en metode som erstatter den svikten som har oppstått ved den logiske tekningen. Hensikten med å stimulere hukommelsen følelsemessig, er å få sykepleier til å få økt forståelse for pasientens atferd og forsøke å finne ut av hvilke følelsemessige uttrykk som er bakgrunnen for pasientens reaksjoner ved blant annet kommunikasjon (Rokstad, 2015, s.76). Det å kommunisere med hverandre, er med på å danne en mening sammen. Ved å tenke på dannelsen av en mening i kommunikasjon mellom sykepleier og pasient med demens, er det viktig å ta seg inn i livet til pasienten og vise interesse for den (Eide & Eide, 2008, s. 393).

### **3.6 Bruk av tvang**

Tvang er handlinger som blir utført av helsepersonell uten pasientens samtykke. Bruken av tvang blir regulert i flere lover: pasient- og brukerrettighetsloven, psykisk helsevernloven, helse- og omsorgstjenesteloven og helsepersonelloven. Dette er ment for å trekke grensen mellom lovlig og ulovlig tvang, slik at pasienten og brukeren kan få sikret at en forsvarlig tjeneste blir utført (Fylkesmannen, 2017). Til tross for denne sikkerheten ved utførelse av tjenester, har det kommet gjentatte rapporter og undersøkelser som opplyser om at det blir brukt ulovlig bruk av tvang i demensomsorgen. Dette fører til at det forekommer mange vanskelige situasjoner og etiske dilemmaer for sykepleiere og pasientene. Johnsen & Smebye (2015) beskriver at tvang blir utført oftere på sykehjem enn det som er forsvarlig.

Helsepersonell har som plikt til å prøve å forstå pasienten og hvorfor pasienten gjør motstand, og forsøke å løse konflikten ut ifra faglige, etiske og juridiske grenser. En skal alltid prøve å løse situasjonen uten bruk av tvang, da tvang skal være siste utvei (Johnsen & Smebye, 2008, s.218). Hvis ikke tillitsskapende tiltak skulle gi ønsket virkning, og tvang må tas i bruk, er det viktig at sykepleier har både rede på og kunnskap om loven og hva loven sier om bruk av tvang samt utførelsen av tvang. Utførelsen av tvang skal skje på en hensynsfull måte, og hvis det er mulighet til det skal pasientens integritet og menneskeverd ivaretas og respekteres (Johnsen & Smebye, 2015, s.220-222).

Når det blir en nødvendighet at sykepleier må ta i bruk tvangstiltak, er det viktig å gå ut ifra tiltak som dekkes under disse fire gruppene: *1. Tiltak som hindrer bevegelsesfrihet, 2. Tiltak som omhandler overvåking, 3. Tiltak som utføres ved medisinsk undersøkelse og behandling og 4. Tiltak som utføres i forbindelse med gjennomføring av daglig stell.* Disse gruppene vil ha en innvirkning på resultatet av tiltakene. Det er sykepleierens ansvar å være bevisst å sørge for at tvangstiltakene utføres på en ordentlig og profesjonell måte, det inkluderer at tvangstiltakene blir skriftlig dokumentert (Engedal mfl., 2002, s. 66-68).

### **3.7 Pleie og omsorg uten bruk av tvang**

Når sykepleier utøver pleie og omsorg, er det vesentlig å reflektere over personsentrert omsorg. Kitwood definerer personsentrert omsorg som det å løfte frem en person med demens, og se på disse menneskene med et likeverdig syn. For å underbygge pleie og omsorg uten bruk av tvang, er det vesentlig at sykepleier ser på helheten ved pasienter med demens. Det handler om å reflektere og få forståelse for at dette mennesket er en person med følelser, ønsker og rettigheter, og at dette kan ha preget livshistorien til vedkommende (Tretteteig & Røsvik, 2016, s.228).

Personer med demens er ofte ute av stand til å forstå ulike situasjoner og konsekvensene av det, og på grunnlag av det bør personens samtykkekompetanse vurderes. Selv om en person med demens mangler samtykkekompetanse, viser ikke dette til at de mangler evnene til å beslutte valg. Helsepersonell kan utføre tillitsskapende tiltak som bidrar med å skape tillit til pasienten. Slik at pasienten er med på å utføre pleie og omsorg som de er villig til å utføre, uten å ta i bruk tvang (Aldring og helse, 2008, s.7).

Det å benytte tillitsskapende tiltak over en lengre periode er sammenlignbart med en faglig fremgangsmåte til pasient og pasientens problematikk. Sykepleier bør prøve å unngå at pasienter motsetter seg helsehjelp på et grunnlag av irritasjon. Dette kan unngås ved at sykepleier forsøker å oppnå allianse med pasienten basert på etiske og faglige grenser. Hvis det er en mulighet å møte pasienten på dens premisser og unngå å ta i bruk tiltak som er mot pasientens ønske, vil det på sikt kunne forebygge bruk av tvang (Johnsen & Smebye, 2008, s.220).

### **3.7.1 Tillitsskapende tiltak**

Tillitsskapende tiltak omhandler å ha god kompetanse innenfor pasientens situasjon og hva de kan ha problemer med. Virkeligheten til en person med demens kan virke truende og kaotisk, grunnet koblingen deres til situasjoner er svekket. Den måten sykepleier møter pasienten på, kan bidra med å skape tillit. Når de blir møtt med vennlighet og et engasjert kroppsspråk kan dette være tillitsskapende for personer med demens (Rokstad & Smebye, 2015, s.220 & 318).

Når sykepleier tar i bruk tillitsskapende tiltak, er det viktig at verdigheten til pasienten blir ivaretatt. Verdighet handler om å ivareta den enkeltes behov og skape et mest mulig normalt liv med tanke på hvilke interesser den enkelte har. Det finnes en form som blir kalt for relasjonell verdighet. Denne formen går inn på det relasjonelle innenfor verdigheten, slik at verdigheten til en pasient blir ivaretatt og respektert. I enkelte tilfeller kan pasienter føle seg lite respektert og krenket. Dermed må helsepersonell være oppmerksom på at pasienten skal føle seg verdsatt og ivaretatt (Kirkevold mfl., 2015, s.214).

Helsepersonell må også være oppmerksom på holdningene sine. Holdningen til sykepleier overfor personer med demens kan være avgjørende for pasientens engasjement og deltakelse i sin livssituasjon. Det kan resultere i at pasienten føler en krenkelse av integriteten sin ved bruk av tvang. Denne pasientgruppen kan oppleve dette som integritetskrenkede på grunn av deres nedsatte evne og forståelse ved å oppfatte ulike situasjoner (Rokstad & Smebye, 2015, s.219 & 226). Det er viktig at sykepleier tenker over at sykdommen demens omhandler både biologisk, psykologisk og sosiologisk perspektiv, slik at en kan unngå en eventuell integritetskrenkelse overfor pasienten.



Sykepleierens holdninger kan forbedres ved å reflektere over de ulike perspektivene ved sykdommen, som kan resultere i at pleie og omsorg kan utføres og holdes ved like uten bruk av tvang (Trettenteig & Røsvik, 2016. s.229).

Refleksjonene til sykepleieren bør omhandle reaksjonene til de eldre, ved kommentarer og non-verbale signaler som kan være ukjente for dem. Dette resulterer i at pasienten kan føle seg lite respektert og selvfølelsen deres kan påvirkes. Ut ifra sykepleierrollen skal en være oppmerksom på hver pasient, slik at en kan begrense sårbarheten og sikre at pasientens integritet blir ivaretatt. Integritet handler om å respektere hver enkelt pasient, og se på det som er unikt med pasientens identitet og selvforståelse (Kirkevold mfl., 2015, s. 101). Det hender at eldre pasienter kan føle seg krenket, ofte på det grunnlaget av at helsepersonell ikke har fokus på den enkeltes personlighet. Mange kan behandle pasienten som et objekt eller som en oppgave som må gjøres. Helsepersonellet kan ha for store krav til pasienten, og ut ifra dette kan de danne sitt eget inntrykk av hvilke evner pasienter har og hvilke behov som er best for pasienten. Eldre pasienter kan få følelsen av å være redusert, grunnet sin helse og funksjonsproblemer. Ofte blir den psykiske helsen eller sykdommen satt mer i fokus enn selve personen (Kirkevold mfl., 2015, s.100). Det er en viktig jobb for sykepleiere å observere og bruke blikket sitt. Blikket skal da brukes til å vise vennlighet, varme og trøst. Dette blir kalt for moralsk blikk, som relaterer til sykepleierens væremåte overfor pasienten (Slettebø, 2013, s.70).

Det moralske blikket handler om en viss forståelse med pasientens identitet og sykdom. Identitet handler om hvordan en person oppfatter seg selv (Slettebø, 2013, s.70).

Identiteten til hver enkelt vil utvikle seg gjennom hele livet. Det kan være på grunn av den enkeltes levevaner og hvordan de har bodd opp gjennom livet sitt. Det å kunne ha sitt eget hjem, kan ha en stor betydning for identiteten. Identiteten til vedkommende blir ofte gjenspeilet i eiendelene sine. Når en pasient skal flytte til institusjon er det dermed viktig å skape en hjemmekoselig atmosfære i boligen, slik at miljøet blir kjent og komfortabel. På denne måten blir sykepleiere bedre kjent med pasienten og livshistorien deres, slik at det blir lettere å skape god relasjon og en god kommunikasjon med pasienten (Kirkevold mfl., 2015, s.273).

### **3.7.2 Verdighet og livskvalitet**

Verdighet er knyttet til følelser, tanker og handlinger utført av enkeltpersoner. Dette påvirker vår tolkning av hva som er viktig og verdifullt. Sykepleiere kan vise verdighet overfor pasienten, ved å tenke på tilnæringsmåten deres og hvordan de fremstår i møte med de ulike pasientene. Hvordan sykepleier handler i hver enkelt situasjon gjenspeiler seg med kombinasjonen av hva som har en betydning og hva en er oppmerksom på (Almås mfl., 2010, s.479).

Vi har valgt å benytte oss av psykologen Siri Næss, og hennes syn på livskvalitet (Kristoffersen mfl., 2011, s.58). Næss kobler livskvalitet til enkeltmenneskets indre opplevelse, dermed kan det beskrives som psykisk velvære – det å ha et godt liv. Det å oppfatte livskvalitet som et psykisk velvære, vil si hver enkelt menneskets personlige opplevelse av de ulike sidene ved situasjoner i livet. Dette er overførbart til sykepleien, da følelser og vurderinger har en meget stor betydning for livskvalitet. Næss vektlegger at følelser og vurderinger utgjør den personlige opplevelsen, dermed kan livskvalitet også defineres som en opplevelseskvalitet. På grunnlag av dette, fremstiller Siri Næss definisjonen på livskvalitet slik: ”En persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er positive, og lav i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er negative” (Kristoffersen mfl., 2011, s.58).

### **3.8 Pasient- og brukerrettighetsloven, Kapittel 4. A**

Pasient- og brukerrettighetsloven bidrar til å gi befolkningen en trygghet på at de har like rettigheter til å få tilgang på de ulike tjenester av en god kvalitet innenfor helse- og omsorgstjenesten. Det er inkludert det å informere pasienten med nødvendig informasjon om helsetilstanden sin og eventuell helsehjelp. Loven har som formål å fremme tilliten mellom pasient/bruker og helse- og omsorgstjenestene, fremme den sosiale tryggheten samt å ivareta respekten, integriteten og menneskeverden overfor den enkelte (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1).

Den 1. Januar 2009 ble det vedtatt endringer i Kapittel 4.A i pasient- og brukerrettighetsloven. Formålet med dette kapittelet er å sikre at pasienter som mangler samtykkekompetanse skal få den nødvendige helsehjelpen de har behov for (Helsedirektoratet, 2008). En pasient med en demens diagnose vil ikke kunne ivareta ansvaret over livet sitt, det er på grunn av mangel på innsikt ved konsekvenser av å ikke ta

imot den nødvendige helsehjelpen. Dette kapitlet tar også for seg det å yte helsehjelp, å hindre helseskade samt å begrense og forebygge bruken av tvang. Det er visse kriterier for at tvang skal være aktuelt for en pasient: vedkommende må mangle samtykkekompetanse samt å motsette seg nødvendig helsehjelp. Det er strenge krav for at tvang skal tas i bruk. Det må blant annet være en prøvelse av tillitsskapende tiltak og samtykkekompetansen til den enkelte må vurderes ut ifra bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 (2006, §4A-1&2).

Slik som det er nevnt overfor, skal det benyttes tvangsvedtak når det blir besluttet at tvungen helsehjelp er nødvendig. I tvangsvedtaket må det begrunnes hvorfor pasienten har behov for tvungen helsehjelp, og dette skal leveres skriftlig. Det er helsepersonell som har en relasjon til pasienten som har ansvar for å skrive dette tvangsvedtaket, samt ansvar for at det skal iverksettes nødvendige tiltak. Videre skal tvangsvedtaket sendes til fylkesmannen, som har ansvar for å vurdere dette. Disse punktene må tas med og begrunnes i vedtaket: den ansvarlige for helsehjelpen, hvem vedtaket gjelder, en beskrivelse av helsetilstanden til pasienten og hvilken helsehjelp som skal vurderes, tidsperspektiv på helsehjelpen, nevne hvem som har vurdert samtykkekompetansen til vedkommende, en beskrivelse av tillitsskapende tiltak samt andre løsninger uten bruk av tvang som kan tas i bruk. Før tvangsvedtaket kan tas i bruk, må de nærmeste pårørende og pasienten se gjennom vedtaket, og eventuelt gi beskjed om det er noe som bør endres. Pårørende og pasienten har rett til å klage, da må dette sendes til fylkesmannen innen 3 uker etter godkjenning av vedtaket (Helsedirektoratet, 2017).

## 4. Drøfting

I dette kapittelet ønsker vi å få svar på problemstillingen vår som er følgende: **”Hvordan kan vi som sykepleiere møte den demente pasients ønske, når pasienten motsetter seg helsehjelp?”**. Vi har valgt å drøfte tre hovedtemaer som er basert på det vi har funnet om temaet vårt i litteratur og forskning, Karen – en pasient sin historie om det å leve med demens, samt egne synsvinkler inkludert praksiserfaringer. For å underbygge våre argumenter i drøftingen, vil vi ta i bruk relevante forskningsartikler.

### 4.1 Sykepleierens vurdering av samtykkekompetanse og motstand

Det er rimelig og si at en sykepleier kan møte flere tilfeller hvor pasienter med demens har mangel på samtykkekompetanse og som motsetter seg nødvendig helsehjelp. Dette er også noe vi har opplevd gjentatte ganger i praksis, og etter vår erfaring er viktigheten stor ved at sykepleier har tilstrekkelig med kompetanse, kunnskap og forståelse da pasienten mangler evnen til å forstå konsekvensene av dette (Rokstad, 2015, s.218 & 340).

Orem (1995) forklarer at en sykepleier skal kunne involvere seg selv i alle praktiske situasjoner ved å ta i bruk refleksjon, observasjon og møte pasientene med en forståelse. Med grunnlag i disse egenskapene og sykepleierens iverksettelse av det, vil det være behjelpelig ved vurdering av pasientens samtykke da sykepleieren blir nødt til å tenke og observere samtidig som sykepleieren skal være forståelsesfull overfor den det gjelder. Dermed blir sykepleieren nødt til å innta opplevelser og erfaringer til pasienten og ta dette med i avgjørelsen (Orem, 1995, s.153-155). En av sykepleierens vurderingsoppgaver er å tenke på hvilken tilstand pasienten er i, og hvilke kommunikasjonsferdigheter pasienten har. Deretter bør informasjonen bli tilpasset slik at pasienten for en viss forståelse på hva som blir sagt og hva som kommer til å skje. På den ene siden er sykepleiere informasjonspliktige, med grunnlag i å hjelpe og motivere pasienten til og selv kunne avgjøre hvilke behandlingsmetoder som skal utføres. På den andre siden skal sykepleier ha et stort fokus på å ivareta pasientens rettigheter, som omhandler evnen til å kunne ta beslutninger om sin egen helse (Kirkevold mfl., 2015, s.217).

Om pasienten mangler samtykkekompetanse eller ei, er en annen vurderingsoppgave som sykepleier må fatte. Ved å avgjøre om en pasient mangler samtykkekompetanse skal

forholdene legges best mulig til rette for at pasienten skal være delaktig og samtykke til den helsehjelp de får. Dersom det er tvil om at pasienten ikke forstår sin egen situasjon eller konsekvensene ved nødvendig helsehjelp, burde det bli tatt en avgjørelse om pasienten mangler samtykkekompetanse (Helsenorge, 2015). En årsak til at sykepleierens vurdering av samtykkekompetanse er fullverdig, er bruken av de fire ulike vurderingsmomentene som innebærer å ha evner til å ta valg, forstå informasjon, godta relevante opplysninger angående sykdommer og ha evne til å tenke og vurdere fornuftig (Helsedirektoratet, 2015, s. 77). En annen årsak er sykepleierens vurderingsarbeid som innebærer det å ha en god relasjon til pasienten og ha innsikt i vedkommendes anamnese.

Orem (1995) forteller om nettopp dette med at sykepleieren skal ha innsikt i pasientens sykehistorie, som vil si å innta nok informasjon om pasient og situasjon før en handler og tar en beslutning. Det er mulig at sykepleier kan ha ulik mening om dette, men det er nettopp dette Orem (1995) utdyper der hun forklarer at en dyktig sykepleier må kunne skille mellom å være profesjonell og det å ha sine egne meninger. Ved et slikt tilfelle, kan det oppstå utfordringer for sykepleier. Sett i et slikt lys at pasientens ønske er det motsatte av hva sykepleier mener er den nødvendige helsehjelp. På den ene siden skal sykepleier hjelpe den syke slik at den får den omsorgen og sykepleien det er behov for (Orem, 1995, s.153-155). På den andre siden er det ikke en selvfølge at pasienten forstår hva som er det beste alternativet ved helsehjelp, og ut ifra det kan sykepleier danne en profesjonell mening og ta en avgjørelse på pasientens vegne. Vi ønsker å bli en slik sykepleier som håndterer det å være profesjonell, da vi har vært vitne til det motsatte og det har satt negative spor hos oss. For det første ønsker vi å sette oss inn i pasientenes opplevelser og erfaringer, og handle bevisst ut ifra dette, til tross for at det kan påvirke oss og beslutningen vi skal ta. For det andre så ønsker vi å bli en sykepleier som ser behovet hos den trengende, og handler ut ifra det å oppnå det beste for pasienten, selv i en situasjon hvor tvang kan være det eneste alternativet. For det tredje ønsker vi som sykepleiere å ha fokus på møtet med den demente pasient sitt ønske. Sett i et slikt lys at vi møter pasienten på en forståelsesfull og medgjørlig måte, kan det utgjøre en stor forskjell i form av at pasient føler seg sett, hørt, ivaretatt og respektert. Det er mulig at pasienten motsetter seg helsehjelp som vi som sykepleiere anser som nødvendig, da er det viktig å være sympatisk og forsøke å løse situasjonen på en god måte så langt det lar seg gjøre (Rokstad, 2015, s.218 & 340). Med grunnlag i dette, ønsker vi å bruke vår kunnskap, profesjonalitet og

dyktighet som sykepleiere, til å kunne bedre utfordrende situasjoner hvor det blir behov for å vurdere om pasienten er samtykkekompetent eller ei.

I forhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 blir det forklart at samtykke ikke skal gis fra mennesker med fysiske eller psykiske forstyrrelser, psykisk utviklingshemming eller demenssyke pasienter. Grunnlaget for dette er at disse pasientgruppene ikke er i stand til å forstå innsikten i sin egen situasjon, som igjen vil føre til at de ikke ser konsekvensene av sine egne valg (Helsenorge, 2015). Sett i et slikt lys at sykepleier konkluderer med at en pasient mangler samtykkekompetanse, da skal dette leveres skriftlig inkludert en begrunnelse på hvorfor pasienten mangler samtykkekompetanse. Med grunnlag i at dette gjelder avgjørelser som skal besluttes ved et annet menneskes liv, skal dette tas opp med pasienten og de nærmeste pårørende. Deretter må det fattes en vurdering av hvem som skal få retten til å bestemme i lag med pasienten, mellom pårørende og hjelpeverge. På den ene siden kan pårørende være et flott alternativ da de kjenner pasienten godt fra før av, som kan føre til at det vil bli fattet gode og nødvendige avgjørelser sammen med pasienten (Helsenorge, 2015). Dette har vi selv opplevd i praksis, og da så vi den nødvendigheten med at vedkommende som skulle fatte avgjørelser på vegne av pasienten, hadde en god relasjon til pasienten fra tidligere.

Med bakgrunn av hva vi har erfart, er det et godt alternativ å la pårørende ha retten til å bestemme. På den andre siden, dersom pasienten har svikt i beslutningsevnen og pårørende ønsker å ikke ta ansvaret for å fatte avgjørelser, kan alternativet være å opprette en hjelpeverge. For det første så er en hjelpeverge med på å ta beslutninger da pasient ikke har evnen til å ivareta retten til å bestemme lenger, og dermed blir pasienten fratatt sin personlige handleevne. For det andre er dette en god valgmulighet, da pasienten fortsatt vil ha muligheten til å samtykke i hvilken helsehjelp de ønsker i lag med hjelpevergen. For det tredje blir pasientens verdighet ivaretatt da hjelpevergen skal ta beslutningen for pasienten ut ifra hva som er det mest etisk riktige for vedkommende dersom det ikke finnes en mulighet for at pasienten kan samtykke. Her er det viktig å tenke på hva pasienten selv hadde ønsket, og hvilke interesser pasienten eventuelt kunne hatt med tanke på de ulike situasjonene som kan føre til tvang. Det være til stor hjelp for hjelpevergen og pasienten å snakke med pårørende om valget og hva de tenker er det beste alternativet, dersom det skulle være en mulighet (Kirkevold mfl., 2015, s.218). Vi har erfaring ved at sykepleier lar pårørende/hjelpevergen ta avgjørelser i lag med pasienten, øker pasientens selvbestemmelse samtidig som pasienten føler seg sett og hørt. Avslutningsvis har vi sett

hvor vesentlig det er at sykepleier har en god relasjon til både pasienten og pårørende/hjelpevergen, slik at avgjørelsen som blir tatt er til det beste for pasienten.

Eide & Eide (2008) understreker viktigheten ved bruk av kommunikasjon for å kunne danne relasjon mellom sykepleier og pasient (Eide & Eide, 2008, s.17 & 19). Relatert til historien om Karen, hvor sykepleier hadde gjennomført gjentatte samtaler for å kunne vurdere om Karen var samtykkekompetent eller ei. Det er rimelig å si at Karen ikke lenger var samtykkekompetent, da evnen til å ta egne beslutninger og se konsekvensen av det var svekket betraktelig. Da Karen og sykepleier allerede hadde dannet en relasjon, kunne fokuset til sykepleier være på verbal og non-verbal kommunikasjon. På den ene siden bør sykepleier fokusere på hvordan hun skal formidle til Karen at hun har behov for å flytte hjemmefra og inn på et sykehjem hvor hun kan få den hjelpen hun trenger (Solberg, 1996, s.87-88). På den andre siden skal sykepleieren ivareta pasientens selvstendighet og vise respekt overfor valgene hun tar. For at dette skal være en mulighet, bør sykepleieren møte med et sympatisk blikk og være veiledende overfor Karen sine ønsker og valg.

Det er flere som hevder at det kan oppstå misforståelser ved mottakerens tolkning av signaler. Sett i et slikt lys at Karen mistolket signalene sykepleieren sender, da er det desto mer viktig at sykepleier er klar over Karens kommunikasjonsferdigheter på forhånd av samtalen. Dermed må informasjonen tilpasses på en måte som er forståelig for pasienten (Kirkevold mfl., 2015, s.217). Det kan være nyttig for sykepleier å rette oppmerksomheten mot Karen sitt kroppsspråk og væremåte, slik at sykepleier kan få et større innblikk på hennes reaksjoner (Lejman mfl., 2013, s.256). Til tross for Karen sitt ønske om å bo hjemme, var sykepleieren nødt til å formidle sannheten om at hun har et behov for hjelp da hun ikke har innsikt i egen situasjon og sykdom lenger, og var dermed meget direkte i talemåten sin (Solberg, 1996, s.87-88). I henhold til sykepleierens opptreden ved å anvende både verbal kommunikasjon og kroppsspråk, ser vi med dette at sykepleier kunne vært mer bevisst på måten hun la frem bosituasjonen til Karen, og unngått og vært så direkte med grunnlag i pasientens diagnose. Vi ser viktigheten med å samarbeide med pasienten når konklusjonen tilsier at pasienten ikke lenger er samtykkekompetent. Pasienten skal føle at den blir sett og hørt. Det er nyttig å reflektere over at en person er fullverdig og har rett til å bli sett på som et helt menneske med sine individuelle behov, til tross for at pasienten er preget av demens lidelsen.

Innledningsvis er det sykepleierens væremåte opp mot pasienten, som kan avgjøre om pasienten gjør motstand eller ei. På den ene siden står sykepleier i en utfordrende situasjon

når pasienten nekter nødvendig helsehjelp. Derfor kan for eksempel stellesituasjoner oppfattes som at pleieren utfører makt ved å få inn andre til å hjelpe seg. Dette medfører at de plasserer seg strategisk rundt pasienten, som da utgjør at pasienten får nedsatt bevegelsesfrihet (Hem mfl., 2010, s. 298). På den andre siden, er det vår plikt som sykepleier å utøve god sykepleie med grunnlag i å ønske og oppnå pasientens beste. Det er mulig at dette vil føre til en utfordrende situasjon, men da er det viktig å ha fokus på at pasienten mangler innsikt i egen situasjon og sykdom. Avslutningsvis er det viktig å poengtere at det er sykepleierens plikt og ansvar å opprettholde pasientens verdighet og retten til velvære, uavhengig om tvang skal tas i bruk eller ei (Orem, 1995, s.155).

## **4.2 Bruk av tvang**

Noen kan hevde at det oppstår vanskelige situasjoner og dilemmaer for sykepleiere innenfor demensomsorgen. Nettopp dette blir bekreftet via statistikk som viser til at det blir utført tvang på sykehjem jevnlig (Johansen & Smebye, 2015, s.208). Det er rimelig å si at bruken av tvang burde være relativt lavere og sjeldnere enn det den er i dag, på det grunnlaget av at tvang skal kun brukes som en siste løsning på situasjonen.

Innledningsvis i lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) kapittel 4 A. Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv, § 4A-1, står det skrevet at formålet med loven er å yte nødvendig helsehjelp for å kunne hindre en helseskade. Det kan være nyttig å vite at ved utførelse av nødvendig helsehjelp, skal sykepleier ha fokus på å tilrettelegge situasjonen for pasienten, slik at integriteten til vedkommende kan ivaretas. Avslutningsvis så skal sykepleier prøve å være i overensstemmelse med pasienten, og pasientens bestemmelse så langt det lar seg gjøre (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Selv når pasienten motsetter seg nødvendig helsehjelp, skal sykepleier fokusere på å tilrettelegge for pasienten, med hensikt i å ivareta pasientens verdier, prinsipper og handlinger.

Det er rimelig å si at grenselandet mellom frivillighet og tvang kan være utydelig og utfordrende i demensomsorgen. Ved at sykepleier anvender kompetansen sin og identifiserer den enkeltes omsorgsbehov, kan en unngå at pasienten føler seg hjelpeløs og blir forvirret (Hem mfl., 2010, s.294 & 299). Hvis det er behov for at tvangstiltak skal iverksettes, skal det gjøres med grunnlag i loven. Det viser seg at det er sykepleier som oftest tar beslutningen om tvangstiltak skal iverksettes eller ei. På den ene siden er det



forsvarlig at sykepleier tar ansvaret på grunn av deres kompetanse, kunnskap og erfaring samt daglige kontakt med pasienten. På den andre siden burde tvangstiltakene fattes fra et høyere faglig nivå slik som av en tilsynslege, da de har høyere kompetanse og kunnskap som igjen kan bidra med økt sikkerhet rundt beslutningen og utførelsen av tiltakene (Engedal mfl., 2002, s.67-68). Uavhengig av hvem som tar avgjørelsen ved tvangstiltakene, skal situasjonen og løsningen utføres på en profesjonell måte. Med grunnlag i sykepleierens plikt overfor pasienten med å vise forståelse og løse eventuelle konflikter, er det vesentlig å inkludere de etiske, faglige og juridiske grenser. Dette skal utføres uavhengig om pasienten mangler forståelse og reagerer aggressivt, og til tross for at det kan resultere i at vedkommende gjør motstand (Johnsen & Smebye, 2008, s.218). Hvis pasienten skulle gjøre motstand, kan det være nyttig for sykepleier å tenke på de signalene og uttrykkene pasienten gir. En årsak kan være det at pasienten viser budskapet sitt og meningene sine i form av nonverbal kommunikasjon. På bakgrunn av dette, kan pasienten vise uttrykk som for eksempel tyder på redsel eller ubehag. Det kan være et resultat av at pasienten mangler innsikt og forståelse på hva som kommer til å skje. En annen årsak til at pasienten gjør motstand, kan være tolkningen av sykepleierens tilnæringsmåter ved bruk av verbal og nonverbal kommunikasjon. Dermed er det viktig at vi som sykepleiere har kunnskap om hvordan vi bør uttrykke oss verbalt og nonverbalt, samt pasienten og pasientens kommunikasjonsmåter (Eide & Eide, 2008, s.17-18).

Vi har opplevd ved flere anledninger at pasienter med demens har mistet sin beslutningsevne og selvstyring. Derfor har det vært en nødvendighet at ansatte inkludert oss selv, har tatt i bruk paternalisme som vil si at vi har fattet beslutninger på vegne av pasienten. Derimot, så er det ikke en selvfølge at bruken av paternalisme blir feilfri. Det er ofte at sykepleier får en negativ påkjenning ved bruk av tvang, og må ut ifra dette fokusere på sine holdninger og evnen til å samarbeide (Garden & Hauge, 2012). Det å gi og vise omsorg er en selvfølge innen sykepleien, og det kan være nyttig å inkludere det moderlige og faderlige prinsippet. Med grunnlaget i å inkluderes disse prinsippene, vil det være med på å bedre situasjonen da fokuset vil være på å oppnå en god omsorg basert på trivsel og velferd hos pasienten (Hummelvoll, 2014, s.96). Relatert til historien om Karen og forflytningen fra hennes hjem til en institusjon, er det rimelig å si at denne flyttingen ble en ufrivillig godkjennelse. På grunn av Karens manglende innsikt i situasjon og sykdom, så hun derfor ikke behovet med å flytte til sykehjem. Det resulterer i at pårørende

og sykepleier tok i bruk paternalisme basert på at Karen ikke lenger har kapasitet til å bo på egenhånd (Solberg, 1996, s.89).

Sett i et slikt lys at det er ingen annen utvei enn å ta i bruk tvang, da er det sykepleierens jobb å fokusere på pasienten, å handle på en respektfull og hensynsfull måte basert på lov og retningslinjer (Johnsen & Smebye, 2008, s.220-222). Det er sykepleierens oppgave å innhente og tilrettelegge pleien ved bruk av tvang, slik at en kan møte pasientens ønske på en profesjonell og empatisk måte. Pleien bør baseres på hver enkeltes individuelle behov, som kan forsterkes ved at sykepleier samler dataopplysninger på forhånd. Derimot, er det ingen garantier for at det vil hjelpe pasienten med å få økt forståelse for situasjonen og sykdommen sin. Det har vi fått bekreftet i praksis. Dette gjaldt en mann i 80 årene, med Alzheimer. Dette var en pasient som manglet innsikt i egen sykdom og så derfor ikke behovet med hjelp. Han stod til fare for livet til andre og seg selv, dermed ble han lagt inn på skjermet avdeling mot sin vilje, med bruk av tvangsvedtak. Det å stå i en slik situasjon som sykepleier kan være meget utfordrende. I dette tilfellet var en årsak pasientens væremåte, som var både aggressiv, lite samarbeidsvillig og mangel på forståelse. Væremåten til pasienten gjenspeilet seg i situasjonen og avgjørelsene han tok. En annen årsak var pasientens sviktende kognitive funksjon og konsekvensene av det, i form av at pasienten verken så behovet eller nødvendigheten med hjelp. Da er det ikke enkelt å være den personen som må iverksette tvangstiltak. Både sykepleieren i denne situasjonen og sykepleiere i andre lignende situasjoner, kan kjenne seg igjen i at profesjonaliteten deres kan bli påvirket ved å bruke tvang på pasienter med en demens diagnose (Garden & Hauge, 2012).

Når det blir en nødvendighet at sykepleiere må iverksette tvangstiltak, skal dette gjøres på en lovlig, profesjonell og respektfull måte. Noen vil hevde at det kan være nyttig for sykepleier å reflektere over bruken av tvangstiltak og hva det innebærer. Det innebærer hvilke tiltak som egner seg best til situasjon og for pasienten, samtidig som tiltakene bør gå under de fire gruppene som omhandler tiltak innenfor bevegelsesfrihet, overvåkning, medisinsk undersøkelse og behandling og i hverdagslige gjøremål (Engedal mfl., 2002, s.66-68). En kan også hevde at det er sykepleieren som står til ansvar for pasientens negative reaksjon ved iverksetting av tvangstiltak, noe som igjen kan få konsekvenser for sykepleierens profesjonalitet (Garden & Hauge, 2012).

### 4.3 Pleie og omsorg uten bruk av tvang

Forskning viser til at pasienter med demens på institusjoner kan være sårbare. Sårbarheten kan utvikles til angst, vrangforestillinger, forvirring, mistenksomhet og depresjon, dermed kan dette føre til at de mister kontrollen over sin egen situasjon. Dette kan resultere i at pasienter med demens kan bli svært hjelpeløse, hvor de kan ha problemer med å huske og opprettholde sine egne behov og ønsker. Dette kan føre til at pasienten kan utføre aggresjon og fysisk motstand i daglige pleiesituasjoner (Hem mfl., 2010, s.298).

Karen har vært en del av nettopp dette etter hun flyttet til sykehjemmet. Dette var en situasjon uten bruk av tvang, men til tross for det opplevde hun en situasjon som hun følte var nedverdiggende da hun mistet kontrollen og var hjelpeløs. Karen sin opplevelse av denne situasjonen var at hun ble vekket på natten av at nattevakten som befølte hun nedentil. Sett i et slik lys at denne hendelsen påførte Karen angst og skrekk som resulterte i at hun følte at hun ble tvunget til å ligge i ro i sengen. Det kan få konsekvenser i form av at pasienten får søvnløse netter med redsel for at dette skulle skje igjen, og pleien og omsorgen kan få negativ betydning for vedkommende. På den ene siden så finnes det alltid flere sider av en sak, men uavhengig av dette skal helsepersonellet alltid fokusere på pasientens beste. Slik som i Karen sin situasjon, ble ikke dette prioritert. Hun var deprimert og hadde problematikk ved å akseptere at hun hadde fått Alzheimer fra tidligere, og situasjonen ble dermed ikke bedre ved at hun opplevde en slik situasjon. På den andre siden så var hensikten verken vondt- eller ubehagelig ment fra nattevakten sin side da han gjorde jobben sin i form av å sjekke om Karen hadde behov for hjelp med å skifte på bleien. Derimot, med grunnlag i at pasienten har krav på å bli informert uavhengig om de har en demenslidelse eller ei, var denne situasjonen håndtert på feil måte av nattevakten. Han valgte å gå rett bort til Karen for å sjekke bleien, uten å informere først. For det første skulle nattevakten ha samlet dataopplysninger om Karen på forhånd, og funnet ut av hennes innsikt i sykdom og situasjon. For det andre skulle nattevakten ha observert og vurdert Karen, og deretter handlet og utøvet den nødvendige pleien. (Orem, 1995, s.100) For det tredje burde han som helsepersonell være klar over hva loven begrunner med og forteller om det å gi nødvendig informasjon. Pasienten har krav på å bli informert om helsetilstand og helsehjelp, dermed burde Karen fått beskjed om at det var nødvendig å sjekke bleien, før selve utførelsen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1). Denne situasjonen endte med at nattevakten ble informert om Karen sin opplevelse av situasjonen, og ut ifra det fortalte han sin side av saken. Han prioriterte ikke å

informere Karen, da han tok det som en selvfølge at hun lå og sov. Ved at nattevakten var ærlig og tok opp denne situasjonen og prioriterte å løse misforståelsen, endte det opp med at fremtidige situasjoner på natten ble utført uten misforståelser og uten bruk av tvang. Dette viser igjen hvor viktig det er med at helsepersonell gjør jobben sin og er ærlige overfor både kollegaer og pasient, da det kan være med på å forebygge bruk av tvang og misforståelser mellom pasient og ansatt.

Det er flere som hevder at det finnes mange etiske utfordringer innenfor demensomsorgen. For å kunne håndtere disse utfordringene er det nødvendig at sykepleiere og helsepersonell generelt har nok kunnskap. For det første er viktigheten stor ved at kunnskapen bør være på plass, spesielt i tilfeller hvor bruken av tvang blir en nødvendighet ved pasienter med en demenslidelse. For det andre er det betydningsfullt å ha kunnskap om lover og retningslinjer, både ved bruk av tvang og ved iverksetting av tillitsskapende tiltak for å unngå tvangssituasjoner. Dermed er det viktig at kunnskapen er til stedet slik at kvaliteten for omsorgen i demensomsorgen kan økes (Lejman mfl., 2013, s.249).

Slik som det står nevnt i Pasient- og brukerrettighetsloven, er det lovpålagt å finne andre alternativer før en vurderer bruk av tvang. Sykepleier kan møte utfordringer og vanskeligheter med å forsøke å ta i bruk andre alternativer enn tvang. For det første kan det være utfordrende for helsepersonell å unngå bruk av tvang ved håndtering av en situasjon der pasient med en demenslidelse motsetter seg helsehjelp. For det andre, skal sykepleier fokusere på pasientens verdighet og forsøke å ivareta det. For det tredje skal en vektlegge og trekke frem den helhetlige personen bak sykdommen, og videre skape en relasjon til pasienten basert på tillit og respekt, slik at tvangssituasjoner kan unngås eventuelt forbedres (Hem mfl., 2010, s.299).

For å forsterke det ønske om å unngå tvangssituasjoner, bør sykepleieren ta hensyn til pasientens autonomi. Det vil si at pasienten selv er med på å bestemme og ta egne valg. Det er mulig at pasientens evne til å ta egne beslutninger er svekket betraktelig på grunn av deres diagnose. Da er det en mulighet at sykepleier veileder vedkommende inn på rett spor eller å gi valg og alternativer som er egnet for deres beslutningsevne. Ved at sykepleier inkluderer pasientens meninger og ønsker, vil relasjonen deres bli sterkere. Det kan resultere i at pasienten får økt tillit til sykepleier og fremtidige situasjoner vil løses

enklere enn tidligere på grunn av at autonomien blir ivaretatt (Solvoll & Granum, 2017, s.1).

På bakgrunn av autonomien og ivaretakelsen av det, bør fokuset dermed være med på å skape tiltak basert på tillit, slik at en kan unngå situasjoner hvor en må ta i bruk tvang. Et godt alternativ kan være tillitsskapende tiltak med grunnlag i dannelsen av en god relasjon mellom sykepleier og pasient. Det er rimelig å si at tillit spiller en stor rolle når en ønsker å skape en god relasjon, og det vises i form av at behovet for å kunne stole på andre vil bli dekket ved dannelsen av tillit (Hummelvoll, 2014, s.91). Et annet godt alternativ kan være å ta i bruk kognitiv stimulering. Forskning hevder at pasienter med demens som tar i bruk kognitiv stimulering har en meget god effekt, som er med på å forhindre bruk av tvang. Det er en mental trening hvor pasientene har utført ulike aktiviteter i form av konsentrasjon, tenkning og mimring. Med grunnlag i konklusjonen til forskningen, belyses det at pasientene har bedret livskvaliteten, kommunikasjonsferdighetene og de har blitt mer samarbeidsvillige. Dermed er dette et positivt og effektivt tiltak som sykepleier kan ta i bruk for å oppnå tillit med pasienten, som kan resultere i at sykepleier kan utøve pleie og omsorg uten bruk av tvang (Woods mfl., 2012, s.4-5). I tillegg til dette, bør sykepleier ha mer fokus på å tenke på pasientens livskvalitet og velvære da dette kan bidra til fremhevet vurderingsevne hos vedkommende. Dermed er det rimelig å si at hvis sykepleier fokuserer på bedret livskvalitet og velvære, vil pasientens glede og opplevelser i dagliglivet økes samt en forsterket vurderingsevne (Kristoffersen mfl., 2011, s.58).

Når det gjelder pasient og selvbestemmelse, skal en vise respekt og ta hensyn til hva pasienten klarer å utføre selv. Noen vil hevde at dette bidrar til at pasienten kan oppleve den personlige integriteten blir ivaretatt og at relasjonen mellom pasient og sykepleier forsterkes (Kirkevold mfl., 2015, s.97) Ut ifra hva vi har opplevd, blir en relasjon sett på som det å ha et godt forhold og ha jevnlig og god kontakt med vedkommende. Vi har erfart hva det innebærer å ha en god relasjon til pasienten, det å kombinere nærhet og kontakt på en profesjonell ansvarlig måte. Med grunnlag i denne opplevelsen har vi lært viktigheten med å vise tålmodighet og ta seg god tid til pasienten, med ønske om at pasienten kan føle seg sett, hørt og ikke minst respektert. Det er mulig at pasienter med demens kan føle at verdigheten og integriteten blir krenket til tider på grunn av deres manglende innsikt i situasjoner og svekkelse av forståelse. Dermed er det vår jobb som sykepleiere å ivareta pasienten på en etisk forsvarlig måte, og jobbe ut i fra dette målet

ved å ha gode moralske holdninger og vise respekt overfor den hjelpeløse og svake pasient (Almås mfl., 2010, s.479).

Eide & Eide (2008) utdyper viktigheten med at fortiden og nåtiden kan gli inn i hverandre og fremkalle minnene til pasienter. Derfor er reminisens et godt hjelpemiddel ved kommunikasjon med pasienter med demens. Det er rimelig å si at det er betydningsfullt for denne pasientgruppen og få fremkalt minnene sine da dette kan bidra med å skape en følelse av å kjenne seg verdifull samtidig som identiteten deres vil bli fremhevet. Ved å ta i bruk reminisens, vil det også være et godt trekk fra sykepleier sin side å ta seg tid til å bli kjent med pasienten slik at en kan plukke opp viktige hendelser og minner i pasientens livshistorie (Eide & Eide, 2008, s.393). Med grunnlag i at det er et godt hjelpemiddel å ta i bruk reminisens, vil det også være positivt å bruke validering. Det er en faglig god prosess der følelsene blir fremhevet for å få frem minner, og det er bidrar til økt forståelse hos sykepleier ved pasientens atferd og bakgrunnen til at disse reaksjonene oppstår (Rokstad, 2015, s.76). Avslutningsvis vil vi påpeke at det å ha en god kommunikasjon med pasienten er grunnmuren til å utøve en god omsorg. For å oppnå dette bør vi som sykepleiere være beredt, ha en god evne til å se vedkommendes følelser og ha en god kjennskap til pasienten (Thorvik mfl., 2016, s.237 & 342).

For å kunne styrke den gode omsorgen vi utøver, bør vi inkludere egenomsorg. Egenomsorg er en viktig del av det å være et menneske, og det inngår også i vår jobb og ivareta dette. Derfor bør sykepleier ha fokus på å tenke på de åtte funksjonene ved egenomsorg. Der skal sykepleier ta i bruk det helhetlige innen sykepleie, det vil si å være observant, ha gode kunnskaper og vise engasjement i forhold til yrket sitt. På bakgrunn av dette, får sykepleier økt fokus på pleien og omsorgen som blir utført (Orem, 1995, s.167). Vi har erfaring med å fokusere på pleien og omsorgen vi utøver, i form av å være omsorgsfulle og å utøve egenomsorg i praksis. Vi har sett behovet for å utøve egenomsorg da pasienten ikke har hatt kapasitet til å utføre egenomsorg på egenhånd på grunnlag av deres demens lidelse. Det å utøve pleie og omsorg uten bruk av tvang er et viktig mål for oss, som vi vil jobbe etter og opprettholde for å kunne unngå unødvendig bruk av tvang. Dermed er det vesentlig for oss som sykepleiere å ta i bruk kunnskapen og ferdighetene vi har lært, slik at vi kan bruke vår evne til å utføre egenomsorg overfor andre mennesker. Orem (1995) definerer egenomsorg som det å mestre å ta vare på seg selv samt egenskapen som omhandler det å kunne ta vare på andre mennesker (Orem, 1995, s.103-

104). Ut ifra vår tolkning av Orem's definisjon på egenomsorg, skal vi som sykepleiere se på pasientene med et helhetlig blikk og utøve omsorg og pleie, til tross for at sykdommen deres kan ta mye oppmerksomhet og fokus. For så vidt, så er det ikke kun Orem som har et synspunkt og en mening om det å ta vare på andre mennesker. Kitwood (2016) tar opp temaet personsentrert omsorg, og poengterer viktigheten med at pasienter med en demens lidelse har like mye rett til å bli sett på med et likeverdige syn. Det kan være nyttig for sykepleier å reflektere over at en pasient med demens er et menneske med følelser, ønsker og meninger, og at vedkommende har en livshistorie som kan være preget av disse egenskapene (Tretteteig & Røsvik, 2016, s.228).

## 5. Konklusjon

Gjennom teori og drøfting har vi forsøkt å finne svar på hvordan vi som sykepleiere kan møte pasientens ønske, når pasienten motsetter seg nødvendig helsehjelp. Vår oppgave har belyst at det finnes flere medvirkende faktorer som er nødvendige både ved bruk av tvang, og for å kunne forhindre bruk av tvang.

Først og fremst bør vi starte med å skape en relasjon mellom oss som sykepleiere og Karen som pasient. Tillit er noe som opparbeides mellom sykepleier og pasienten, og det kan prege vår relasjon til pasienten. Det viser seg at det er sentrale begrep som er grunnlaget for å kunne redusere bruken av tvang. Dette er i tillegg til tillitsskapende tiltak. For at sykepleier kan ivareta sin rolle som sykepleier, samt utvikle seg innen demensomsorgen, bør arbeidsdagen bestå av daglige refleksjoner, kjennskap og forståelse ved tillitsskapende tiltak, og viten om lover og retningslinjer. Ikke minst, så er det vesentlig at sykepleier har erfaring og rikelig med kunnskap, for å kunne takle utfordrende situasjoner. For at sykepleier skal kunne være mer forberedt på utfordrende situasjoner i demensomsorgen, er det en nødvendighet å øke kompetanse, slik at det vil være både utvikling og interesse innen den relevante forskningen som blir utført. Vi mener at vi som sykepleiere kan møte pasientens ønske og redusere bruken av tvang, ved at vi benytter tillitsskapende tiltak, hvor fokus på kognitiv stimulering er en del av prosessen. Vi ønsker å møte pasienten som motsetter seg nødvendig helsehjelp, med forståelse, et likeverdig syn, og veilede de ut ifra det som er det beste alternativet. I tillegg, vil vi utøve pleie og omsorg med grunnlag i Orem og Kitwood sine definisjoner på hvordan vi burde behandle denne pasientgruppen. Vi mener at dette vil forsterke vår kunnskap og vårt ønske om å møte den demente pasient vilje og ønske, selv når pasienter motsetter seg helsehjelp.



## 6. Litteraturliste

\*Aldring og helse (2008). *Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen* (s. 7). Lokalisert på:

<http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=1589> 08.05.2017

**Antall sider: 3**

Almås, H., Stubberud, D. G. & Grønseth, R. (Red.). (2010). Møte med lidende og døende pasienter – sykepleierens møte med seg selv (s.475-499). *Klinisk sykepleie: Bind 2*.(4.utg.). I: H., Almås, D. G., Stubberud. & R., Grønseth. (Red.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Aronsen, J, M., Birkeland, J, A., Munvik, M. & Sjaastad, I. (2010). Sykdom hos eldre (s. 230-231). *Sykdomslære 1*. (1.utg.). I: J, M., Aronsen, J, A., Birkeland, M., Munvik. & I, Sjaastad. Oslo: Gyldendal Akademisk.

**Antall sider: 2**

Dalland, O. & Trygstad, H. (2014). Kilder og kildekritikk (s. 63-81). *Metode og oppgaveskriving*. (5. Utg.). I: O., Dalland. Oslo: Gylden akademisk

Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving*. (5. Utg.). Oslo: Gylden akademisk

Eide. H. & Eide. T. (2008). *Kommunikasjon i relasjoner*. (2. Utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

\*Engedal, K., Kirkevold, Ø., Eek, A. & Nygård, A-M. (2002). Tvangstiltak (s. 65-90). *Makt og avmakt: Rettighetsbegrensninger og bruk av tvangstiltak i institusjoner og boliger for eldre*. (1. Utg.). I: K., Engedal, Ø., Kirkevold, A., Eek, & A-M., Nygård. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

**Antall sider: 25**

\*Fylkesmannen i Hedmark. (2017). *Helse, omsorg og sosialtjenester - Tvang*. Lokalisert på:<https://www.fylkesmannen.no/hedmark/helse-omsorg-og-sosialtjenester/tvang/> 22.02.2017

**Antall sider: 1**

\*Garden, M. J., & Hauge, S. (2012). *Kampen for pasientens beste – sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens*. Lokalisert på: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/010740831203200405> 28.03.17

**Antall sider: 5**

\*Helsedirektoratet. (2017). *Vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4.A*. Lokalisert på: <https://helsedirektoratet.no/lover/pasient-og-brukerrettighetsloven-kapittel-4a#vedtak-etter-pasient--og-brukerrettighetsloven-kapittel-4a-> 11.04.17

**Antall sider: 1**

\*Helsedirektoratet. (2015) Rundskriv IS-10/2008. *Lov om pasientrettigheter kapittel 4A Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen*. Lokalisert på: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/945/IS-%208%202015%20Rundskrivpasientogbrukerrettighetsloven.pdf> 04.05.17

**Antall sider: 173**

\*Helsedirektoratet. (2008). *Lov om pasientrettigheter kapittel 4 A*. Lokalisert på: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/471/Lov-om-pasientrettigheter-kapittel-4-a-studiehefte-IS-1566.pdf> 01.05.17

**Antall sider: 23**

\*Helsenorge. (2015). *Demens og rettigheter*. Lokalisert på: <https://helsenorge.no/sykdom/hjerne-og-nerver/demens/rettigheter-demens> 25.04.2017

**Antall sider: 3**

\*Hem, M. H., Gjerberg E., Pedersen R. & Førde R. (2010). *Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang* (s.294- 301). Sykepleien forskning. Lokalisert på:

<https://sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/569165.pdf> 28.03.17

**Antall sider: 8**

Hummelvoll, J. K. (2014). Om å møte mennesker med sviktende hukommelse (s. 401-416). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7. Utg.). I: J. K., Hummelvoll. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hummelvoll, J. K. (2014). Relevante etiske grunnbegreper, teorier og perspektiver i psykisk helsearbeid (s. 96). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7. Utg.). I: J. K., Hummelvoll. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.). (2015). Den gamles integritet (s. 94- 121). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (2. Utg. ). I: M., Kirkevold, K., Brodtkorb, & A., H., Ranhoff. (Red.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.). (2015). Forebyggende og helsefremmende sykepleie (s. 162- 173). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (2. Utg. ). I: M., Kirkevold, K., Brodtkorb, & A., H., Ranhoff. (Red.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.). (2015). Juridiske rammer og etiske utfordringer (s. 212- 224). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (2. Utg. ). I: M., Kirkevold, K., Brodtkorb, & A., H., Ranhoff. (Red.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.). (2015). Sykepleie i sykehjem (s. 265- 283). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (2. Utg. ). I: M., Kirkevold, K., Brodtkorb, & A., H., Ranhoff. (Red.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N, J. Skaug, E-A., & Nortvedt, F. (Red.). (2011). Helse og sykdom (s. 58). *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar: Bind 1*. (2. Utg.). I: N, J., Kristoffersen. E-A., Skaug, & F., Nortvedt. (Red.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. Skaug, E-A., & Nortvedt, F. (Red.). (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie (s. 208-280). *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar: Bind 1*. (2. Utg.). I: N, J., Kristoffersen. E-A., Skaug, & F., Nortvedt. (Red.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kunnskapsbasert praksis. (2012). *PICO*. Lokalisert på:  
<http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/pico/> 04.04.17

Kunnskapssenteret. (2015). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Lokalisert på <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler> 28.03.17

\*Lejman, E., Westerbotn, M., Pöder, U. & Wadensten, B. (2013). *The ethics of coercive treatment of people with dementia*. Lokalisert på: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:708301/FULLTEXT01.pdf> 04.04.17

**Antall sider: 15**

\*Nasjonalforeningen. (2017). *Demens*. Lokalisert på: <http://nasjonalforeningen.no/demens/hva-er-demens/> 03.04.17

**Antall sider: 1**

Norsk Sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Lokalisert på: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer> 28.03.17

\*Orem, Dorothea E. (1995). Health, Self-care and Deliberate Action (s.95-117). *Nursing concept of practice*. (5. Utg.). I: Dorothea E., Orem. Mosby-Year Book, Missouri.

\*Orem, Dorothea E. (1995). Nursing Science and Self-care Deficit Nursing Theory (s. 153- 185). *Nursing concept of practice*. (5.Utg.). I: Dorothea E., Orem. Mosby-Year Book, Missouri.

\*Orem, Dorothea E. (1995). Therapeutic Self-care Demand: A patient variable (s.186-210). *Nursing concept of practice*. (5.Utg.). I: Dorothea E., Orem. Mosby-Year Book, Missouri.

**Antall sider: 78**

Pasient- og brukerrettighetsloven. LOV-1999-07-02-63. (2015). Lokalisert på: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> 28.03.17

\*Rokstad, A, M, M. Smebye. K.L. (Red.). (2015). Bruk av tvang i demensomsorgen (s. 207-231). *Personer med demens. Møte og samhandling* (1.utg.). I: A, M, M., Rokstad & K, L., Smebye. (Red.). Oslo: Akribe AS..

\*Rokstad, A, M, M. Smebye. K.L. (Red.). (2015). Kompetanseutvikling hos personalet (s. 340-349). *Personer med demens. Møte og samhandling* (1.utg.). I: A, M, M., Rokstad & K, L., Smebye. (Red.). Oslo: Akribe AS.

\*Rokstad, A, M, M. & Smebye. K. L. (Red.). (2015). Marte Meo som veiledningsmetode (s. 312-339). *Personer med demens. Møte og samhandling* (1.utg.). I: A, M, M., Rokstad & K, L., Smebye. (Red.). Oslo: Akribe forlag.

**Antall sider: 60**

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2015). Livets siste faser (s. 446- 486). *Psykatrieboken: sinn -kropp -samfunn*. (1. Utg.). I: F., Skårderud, S., Haugsgjerd & E., Stänicke. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Simonsen, N. (2008). *Demens – en bedre hverdag*. Lokalisert på: <http://www.fagforbundet.no/file.php?id=7245> 02.04.17

**Antall sider: 27**

Slettebø, Å. (2013). Til pasientens beste? (s. 70). *Sykepleie og Etikk*. (6. Utg.). I: Å., Slettebø. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Solberg, H. (1996). *Karen – En historie om Alzheimer* (1.utg.). Oslo: Forlaget forum

**Antall sider: 150**

\*Solheim, K. (1996). Diktet: Livets høst. *Demensguide: holdninger og handlinger i demensomsorgen*. (1.Utg.). Oslo: Tano Aschehoug.

**Antall sider: 1**

\*Solvoll, B. A. & Granum, V. (2017). *Autonomi i sykehjem for pasienter med demens*. Lokalisert på: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2016/09/tilretteleggelse-av-autonomi-i-sykehjem-pasienter-med-demens-en> 04.04.17

**Antall sider: 8**

Strand, L. (2014). Sykepleieholdning og – handling – egostyrkende sykepleie (s. 77). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet – psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. (1.utg.). I: L., Strand. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Thorvik, K. E., Helleberg, K. & Hauge, S. (2016). God omsorg for urolige personer med demens. *Sykepleien forskning* 9(3). (s. 236-242). Lokalisert på: [https://sykepleien.no/sites/default/files/publication-pdf/14fo3\\_art.\\_thorvik\\_3337.pdf](https://sykepleien.no/sites/default/files/publication-pdf/14fo3_art._thorvik_3337.pdf) 05.04.17

**Antall sider: 7**

\*Tretteteig, S. (2016). Lover, forskrifter og organisering av tjenester (s.199-222).  
*Demensboka: Lærebok for helse- og omsorgspersonell.* (1. Utg.). I: S., Tretteteig.  
Forlaget Aldring og helse.

\*Tretteteig, S. (2016). Personsentrert omsorg. Røsvik, J. (Red), (s. 227-240).  
*Demensboka: Lærebok for helse- og omsorgspersonell.* (1. Utg.). I: S., Tretteteig.  
Forlaget Aldring og helse

**Antall sider: 34**

\*Woods, B., Aguirre, E., Spector, AE. & Orrell, M. (2012). *Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia.* Lokalisert på:  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005562.pub2/pdf> 05.04.17

**Antall sider: 78**

**Totalt: 554**

# Vedlegg 1

Klassifikasjoner av sykdommer som fører til demens.

## **I Degenerative hjernesykdommer**

- 1) Alzheimers sykdom med tidlig debut  
Alzheimers sykdom med sen debut
- 2) Frontotemporallappsdemens – ikke Picks sykdom  
Frontotemporallappsdemens – Picks sykdom
- 3) Demens med Lewy legemer
- 4) Parkinsoms sykdom med demens
- 5) Huntingtons sykdom med demens
- 6) Andre degenerative hjernesykdommer

## **II Vaskulær demens**

- 1) Småkarsykdom – Status lakunaris  
Småkarsykdom – Binswangers sykdom
- 2) Enkeltinfarkt demens  
Multiinfarkt demens
- 3) Hypoksi demens
- 4) Andre vaskulære sykdommer og demens
- 5) Blanding av vaskulær demens og Alzheimers sykdom

## **III Sekunder demens**

- 1) Alkoholisk betinget demens (vitamin B1- mangel)
- 2) Vitaminmangeldemens (B1, B2, B12)
- 3) Encefalitt og demens  
herpes, lues, AIDS, borreliose
- 4) Creutzfeldt – Jakobs sykdom
- 5) Hjernesvulst og demens
- 6) Hodetraumer og demens (boksers demens)
- 7) Hematomer i hjernen og demens
- 8) Normaltrykkshydrocefalus og demens
- 9) Endokrine sykdommer og demens
- 10) Organsvikt og demens
- 11) Andre sykdommer

(Engedal & Haugen, referert i Hummelvoll, 2014, s 29).

## Vedlegg 2

P	I	C	O
Hvilke pasientgrupper vil vi vite mer om?	Hvilke tiltak vi vil iverksette i forhold til problemstillingen?	Skal tiltaket sammenlignes opp mot hverandre?	Hvilke utfall av tiltakene er nyttige som er relevant å se mer på?
Eldre over 60år med demens på sykehjem.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forebygge tvang</li> <li>• Tillitsskapende tiltak</li> <li>• Kommunikasjon</li> <li>• Skape gode relasjoner til pasienten</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redusere tvangsbruk</li> <li>• Forebygge tvang</li> </ul>
Elderly over 60 years with dementia on nursing homes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevent coercion</li> <li>• Confidence-building measures</li> <li>• Communication</li> <li>• To create good relation to the patient</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• To reduce coercion</li> <li>• Prevent coercion</li> </ul>



## Vedlegg 3

### Søkehistorikk

Database; Sykepleien  Søkeord;  Demens og tvang	Søkeresultat;  <ul style="list-style-type: none"><li>• 17 treff</li><li>• 3 lest</li><li>• 1 anvendt</li></ul>
Søkebegrensninger;  <ul style="list-style-type: none"><li>• 2007-2017</li><li>• Norsk</li><li>• Peer Reviewd</li><li>• Alder 60+</li></ul>	
Vi fant her; «Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang»	

Database; Svemed+  Søkeord;  Dementia and coercion	Søkeresultat;  <ul style="list-style-type: none"><li>• 16 treff</li><li>• 2 lest</li><li>• 1 anvendt</li></ul>
Søkebegrensninger;  <ul style="list-style-type: none"><li>• 2007-2017</li><li>• Engelsk</li><li>• Peer Reviewd</li><li>• Age 60+</li></ul>	

Vi fant her;  
«The battle of beneficence – nurses experience of the use of coercion in dementia care abstract»

Database; Sykepleien	Søkeresultat; <ul style="list-style-type: none"><li>• 94 treff</li><li>• 2 lest</li><li>• 1 anvendt</li></ul>
Søkeord; God omsorg og demens	
Søkebegrensninger; <ul style="list-style-type: none"><li>• 2007-2017</li><li>• Engelsk</li><li>• Peer Reviewd</li><li>• Age 60+</li></ul>	
Vi fant her; «God omsorg for urolige personer med demens»	

Database; Google Scholar	Søkeresultat; <ul style="list-style-type: none"><li>• 17900 treff</li><li>• 3 lest</li><li>• 1 anvendt</li></ul>
Søkeord; Stimulation therapy dementia	
Søkebegrensninger; <ul style="list-style-type: none"><li>• 2007-2017</li><li>• Engelsk</li><li>• Peer Reviewd</li><li>• Age 60+</li></ul>	

<p>Vi har her;  «Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia»</p>	

<p>Database; Google Scholar</p> <p>Søkeord;  Dementia and use of coercion</p>	<p>Søkeresultat;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 9870 treff</li> <li>• 5 lest</li> <li>• 1 anvendt</li> </ul>
<p>Søkebegrensninger;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2007-2017</li> <li>• Engelsk</li> <li>• Peer Reviewd</li> <li>• Age 60+</li> </ul>	
<p>Vi har her;  «The ethics of coercive treatment of people with dementia»</p>	