



# Tvang i demensomsorgen Til det beste for pasienten?

Kandidatnummer: 737  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 9825  
Dato: 16.04.2018

1

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 16/04-2018.
Tittel Tvang i demensomsorgen- til det beste for pasienten?	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvordan kan sykepleieren ved hjelp av personsentrert omsorg bidra til å forebygge bruk av tvang på sykehjem?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Det teoretiske perspektivet i oppgaven tar utgangspunkt i sykepleierens behandlende funksjon, og undervisende- og veiledende funksjon. Tom Kitwoods arbeid med personsentret omsorg vil benyttes. I tillegg vil teori som lover og forskrifter, yrkesetiske retningslinjer, kommunikasjon med pasientgruppen og teori om demenssykdom bli presentert og benyttet for å drøfte problemstillingen.</p> <p><u>Metode:</u> Oppgaven er en litterær oppgave hvor det blir hentet inn og anvendt eksisterende litteratur for å svare på problemstillingen. Pensumlitteratur, fagbøker, forskningsartikler, rapporter, lovverk og enkelte relevante internettsider er benyttet som kunnskapskilder. Forskningsartiklene som er benyttet er hentet fra CINAHL og sykepleie forskning, og det er lagt vekt på at artiklene er kvalitative.</p> <p><u>Drøfting:</u> Drøftingsdelen vil bli bygget opp på de formelle rammene sykepleier må forholde seg til i kommunehelsetjenesten. Situasjoner som kan føre til bruk av tvang vil bli identifisert, blant annet ressurser som kjennskap til pasienten, tid, kompetanse og bemanning. Tiltak for å forebygge bruk av tvang kommer til å drøftes underveis i hele kapittelet, og disse vil knyttes opp mot personsentrert omsorg. Egne erfaringer fra kliniske studier vil trekkes inn der det er relevant.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Det har vist seg å være flere tiltak som kan forebygge bruk av tvang. Sykehjemets ressurser og de ansattes kompetanse anes å være av stor betydning i det forebyggende arbeidet. Tiltak som retter seg mot personsentrert demensomsorg kan være betydningsfull da det handler om å se mennesket bak diagnosen. Holdninger blant personalet, pleiekulturen på det enkelte arbeidsstedet og god bemanning trekkes også frem som viktige faktorer.</p>	

(Totalt antall ord: 264)

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Presentasjon av problemstilling .....	1
1.3	Avgrensning.....	2
1.4	Målgruppe og kontekst.....	2
1.5	Begrepsavklaringer.....	3
1.5.1	Ulovhjemlet tvang .....	3
1.5.2	Pasienten, beboer.....	3
1.6	Oppgavens oppbygging .....	3
<b>2</b>	<b>Teoretisk kunnskapsgrunnlag .....</b>	<b>4</b>
2.1	Medisinskfaglig kunnskapsgrunnlag .....	4
2.1.1	Symptomer på demens .....	4
2.2	Sykepleiefaglig kunnskapsgrunnlag.....	6
2.2.1	Grunnleggende behov.....	6
2.2.2	Sykepleierens funksjonsområde .....	7
2.2.3	Personsentrert omsorg .....	8
2.2.4	Yrkesetiske retningslinjer.....	10
2.2.5	Kommunikasjon med mennesker som er rammet av demens .....	10
2.3	Juridiske føringer og yrkesetikk .....	11
2.3.1	Når pasienten motsetter seg helsehjelp .....	11
2.3.2	Samtykkekompetanse .....	12
2.3.3	Forsvarlighet.....	12
2.3.4	Forholdet mellom jus og etikk.....	12
2.3.5	Etikk .....	13
<b>3</b>	<b>Metode .....</b>	<b>15</b>
3.1	Den litterære oppgaven .....	15
3.2	Søkehistorikk.....	15
3.3	Kildekritikk.....	16
<b>4</b>	<b>Presentasjon av forskningsresultat .....</b>	<b>18</b>
<b>5</b>	<b>Drøfting .....</b>	<b>20</b>
5.1	Formelle rammer som styrer sykepleieutøvelse.....	20
5.2	Hvordan kan personsentrert omsorg benyttes for å forebygge bruk av tvang?.....	22
5.3	Kampen for pasientens beste .....	24
5.4	Når pasienten motsetter seg helsehjelp .....	26
5.5	Konkrete tiltak .....	27
5.5.1	Fleksibilitet .....	27
5.5.2	Forsøke på nytt på et senere tidspunkt .....	27
5.5.3	En-til-en.....	28
<b>6</b>	<b>Avslutning .....</b>	<b>29</b>
	<b>Litteraturliste.....</b>	<b>31</b>

# **1 Innledning**

I Norge er det i dag anslått at mellom 70 000 og 104 000 mennesker har diagnosen demens (Aldring og helse, 2017), og i norske sykehjem har over 80 % av beboerne en demensdiagnose (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 7). Dette tilsier at sykepleiere vil møte denne pasientgruppen både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. I en oversiktsartikkel fra 2015 fremgår det at tvang i pleie og omsorg til pasientgruppen forekommer i stor grad, og at dette er noe flere forskere har utforsket (Smit & Hvalvik, 2015).

## **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Jeg jobbet som ufaglært på sykehjem før jeg begynte på sykepleierstudiet, og etter snart fire år i helse og omsorgssektoren sitter jeg på mye kunnskaper og erfaringer. Gjennom mine erfaringer er det en observasjon jeg har sett og lært er gjennomgående; den hverdagslige tvangen som forekommer på sykehjem. Jeg har opplevd at pasienter blir dusjet mot deres vilje, at de blir tvunget opp på morgenen, medikamenter gjemmes i syltetøy og rullestolbremses settes på for å begrense pasientens bevegelsesfrihet. Etter å ha gjennomført et litteratursøk på tematikken, sammenholdt med den nevnte erfaringen jeg sitter med, økte min interesse for å undersøke dette temaet ytterligere.

I litteraturen er det flere som har skrevet om denne tematikken. Kirkevold (2014a) påpeker blant annet at eldre mennesker ikke alltid får den hjelpen de trenger. Både maktbruk, krenkelsers og tvang forekommer i eldreomsorgen. En annen forsker har i sin undersøkelse funnet at hele 21 % av pleierne i intuisjoner bader eller dusjer pasientene mot deres vilje (Brodtkorb, 2014, s. 176). I denne oppgaven vil jeg undersøke i hvilke situasjoner tvang benyttes, og deretter drøfte konkrete tiltak sykepleieren kan benytte for å forebygge bruk av tvang på sykehjem. Jeg vil ha fokus på ulovhjemlet tvang, som vil bli definert i begrepsavklaringen.

## **1.2 Presentasjon av problemstilling**

I denne oppgaven vil jeg ta for meg et tema innenfor sykepleierens kjernekompetanse, hvor sykepleieren møter pasienten som kliniker. Overordnet for sykepleie gjelder de yrkesetiske retningslinjene, og i kapittel 2 punkt 2.7 står det presisert at sykepleieren skal beskytte pasienten mot krenkende handlinger som ulovlig og unødvendig rettighetsbegrensning og tvang

(Sneltvedt, 2016, s. 111). På bakgrunn av det ovennevnte har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

*«Hvordan kan sykepleieren ved hjelp av personsentrert omsorg bidra til å forebygge bruk av tvang på sykehjem?»*

### **1.3 Avgrensning**

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til somatisk langtidsavdeling på sykehjem, dette er begrunnet med at den aktuelle pasientgruppen ofte er å finne her. Forutsetningen og utgangspunktet for denne oppgaven er at demenssykdommen har kommet til det stadiet der pasienten bor på sykehjem, og er så dårlig at vedkommende har behov for hjelp og veiledning i forhold til de fleste grunnleggende behov. Oppgaven vil imidlertid ikke avgrenses til kun å gjelde én type demens. Pasientene jeg fokuserer på, har norsk som morsmål. Språkproblematikk utelukkes således.

I denne oppgaven vil jeg komme inn på flere av sykepleierens funksjonsområder, deriblant sykepleierens behandlende funksjon og undervisende- og veiledende funksjon. Den behandlende funksjonen er rettet mot å fjerne eller redusere pasientens problemer, mens den undervisende- og veiledende funksjonen handler om å bidra til læring, utvikling og mestring. I forhold til sistnevnte vil undervisningen og veiledningen være aktuell i forhold til både pasientgruppen og kollegaer (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016).

### **1.4 Målgruppe og kontekst**

Som nevnt innledningsvis har angivelig over 80 % av beboerne i norske sykehjem diagnosen demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 7). På bakgrunn av dette har jeg valgt å fokusere på mennesker over 75 år med en demensdiagnose, der det ikke foreligger vedtak på tvang. Sykepleieren i denne oppgaven møter pasientgruppen i kommunehelsetjenesten, og kommunehelsetjenesteloven vil derfor være et aktuelt lovverk i oppgaven. Jeg vil forholde meg til rammene sykepleiere jobber under i kommunehelsetjenesten, og her vil eksempelvis bemanning være av relevans. På sykehjem jobber det ofte færre sykepleiere enn ved en spesialavdeling på sykehus. Ifølge Hauge (2014) kan det være vanskelig å rekruttere sykepleiere og helsefagarbeidere til sykehjem, noe som kan være en årsak til at andelen ufaglærte ansatte er høyere på sykehjem, sammenliknet med andre institusjoner. Den samlede

kompetansen til de som jobber på sykehjem er trolig derfor lavere enn det kompetansen kan være på et sykehus.

## **1.5 Begrepsavklaringer**

### **1.5.1 Ulovhemlet tvang**

Ifølge Johnsen og Smebye (2008) er tvang definert som fravær av samtykke. Bruk av tvang og tvangsinngrep i pasientsammenheng tilsier rent språklig at vedtak og tiltak vedrørende pasienten selv, treffes og iverksettes uten at det foreligger samtykke fra pasienten. Det følger av lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) kapittel 4 A bestemmelser som hjemler begrenset bruk av tvang forutsatt at vilkårene for å iverksette det enkelte tvangsinngrep er oppfylt. Ulovhemlet tvang vil i denne oppgaven rette seg mot de tilfellene der det ikke foreligger en slik lovhemmel eller samtykke fra pasienten.

### **1.5.2 Pasienten, beboer**

Av erfaring benyttes betegnelsene pasient eller beboer om de menneskene som bor på sykehjem. Per definisjon er en som mottar helsehjelp en pasient (Molven, 2016, s. 27). Jeg har derfor valgt å definere min målgruppe som pasienter i denne oppgaven.

## **1.6 Oppgavens oppbygging**

I kapittel 1 presenteres bakgrunn for valg av tema, problemstilling, kontekst og målgruppe, avgrensning og begrepsavklaring. Videre i kapittel 2 vil jeg presentere teoretisk kunnskapsgrunnlag som omhandler medisinskfaglig kunnskap, sykepleiefaglig kunnskap og juridiske føringer og etikk. Kapittel 3 inneholder metode, mens forskningsresultat vil presenteres i kapittel 4. I kapittel 5 kommer oppgavens drøfting, og avslutningsvis i kapittel 6 vil jeg trekke frem hovedfunn og gi en oppsummering.

## 2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I det følgende presenteres teori som har relevans for denne oppgaven og for å drøfte den valgte problemstillingen.

### 2.1 Medisinskfaglig kunnskapsgrunnlag

Demens er blitt et kjent begrep i dagens samfunn, og mange forbinder demens med glemsomme besteforeldre som går seg bort eller som glemmer å skru av plata på komfyren (Engedal og Haugen, 2009, s. 15). Ifølge Skovdahl og Berentsen (2014) er demens en fellesbetegnelse på sykdommer som rammer flere av hjernens funksjoner. Dette medfører at personen som rammes opplever sviktede evner til å utføre daglige aktiviteter, på den måten vedkommende behersket tidligere. Et fremtredende kjennetegn ved sykdommen er redusert hukommelse, i tillegg til en svekkelse av andre kognitive funksjoner eksempelvis tenking, planlegging og dømmekraft. Hvordan sykdommen arter og utvikler seg er videre individuelt. Noen lever lenge med sykdommen, der sykdommen gradvis utvikler seg i en negativ retning. Hos andre utvikler sykdommen seg raskt og intens.

Det finnes flere former for demens blant annet vaskulær demens, demens med lewy-legemer, frontotemporal demens, sekundære demenssykdommer og Alzheimers (Engedal & Haugen, 2009). Sistnevnte er den vanligste formen, og utgjør cirka 70 % av alle demenstilstander (Bertelsen, 2016). Årsaken til demens avhenger av type, men felles for alle typene er at demens kommer av en progredierende svikt i kognitiv hjernefunksjon. Det er i dag kjent at demens kan oppstå som en konsekvens av noen typer infeksjonssykdommer, eksempelvis aids. I tillegg kan noen nevrologiske sykdommer være en årsaksfaktor, blant annet langt kommet multippel sklerose (Bertelsen, 2016).

#### 2.1.1 Symptomer på demens

Det finnes mange symptomer ved demenssykdom, og en rekke komponenter spiller en rolle for hvordan sykdommen viser seg hos den enkelte som blir rammet. Hvert menneske er et unikt individ med egen personlighet og med egen evne til å mestre. Ifølge Engedal og Haugen (2009) deles symptomene inn i *kognitive symptomer*, *atferdsmessige symptomer* og *motoriske symptomer*.

## **Kognitive symptomer**

Ved demenssykdommer vil menneskets oppmerksomhet berøres, og med dette følger gjerne svekket presentasjonsevne i forhold til problemløsning og hukommelse. Når oppmerksomheten svikter vil vedkommende kunne ha vanskeligheter med å skille mellom viktige og mindre viktige stimuli. Dette kommer gjerne til uttrykk ved at pasienten ikke klarer å holde fokus mot én ting over lengre tid, eller at vedkommende ikke evner å dele oppmerksomheten ved mange inntrykk. Som tidligere nevnt er hukommelsessvikt et fremtredende kjennetegn ved sykdommen, og det er først og fremst korttidshukommelsen som svikter (Engedal & Haugen, 2009). Ifølge Skovdahl og Berentsen (2014) påvirkes også langtidshukommelsen allerede i tidlig fase, men mennesker med demens kan ved hjelp av reminisens lokke frem minner. Et annet symptom de trekker frem hos pasientgruppen er manglende evne til å tolke sanseintrykk, eksempelvis det å kjenne igjen lyder eller gjenstander.

Afasi er knyttet til språkproblemer, og det er ikke uvanlig at dette forekommer hos den rammede. Pasienten kan oppleve utfordringer ved å snakke i hele setninger, forstå hva andre sier eller forstå skrift (Engedal & Haugen, 2009).

## **Atferdsmessige symptomer**

De atferdsmessige symptomene kan oppstå tidlig og komme til uttrykk gjennom for eksempel passivitet, angst og/eller depresjon. Depresjon kan uttrykkes gjennom blant annet sinne, irritabilitet, uro eller nedstemthet. Angst kan forekomme som en reaksjon på manglende kontroll over situasjoner, og når vedkommende føler seg alene og forlatt (Engedal & Haugen, 2009).

Vrangforestillinger, hallusinasjoner og personlighetsendringer kan oppstå ved alle former for demens. Noen pasienter tror de lever på et tidligere tidspunkt, hvor mor og far fremdeles lever. Andre klarer ikke å skille mellom det de ser på fjernsyn og den faktiske virkeligheten. I takt med den sviktende kognitive funksjonen, endrer gjerne pasienten personlighet (Engedal & Haugen, 2009). Agitasjon som verbal eller motorisk aktivitet kan også forekomme. Mange vandrer hvileløst, roper eller plukker på ting, som kan være et uttrykk for misnøye (Skovdahl og Berentsen, 2014).



## **Motoriske symptomer**

Ifølge Engedal og Haugen (2009) dreier de motoriske symptomene seg om sviktet evner til å koordinere bevegelser, eksempelvis aktiviteter som å reise seg opp eller sette seg. Pasienten vil også kunne bli inkontinente for både urin og avføring, noe som skyldes at kontrollmekanismen for de naturlige funksjonene svikter (Engedal & Haugen, 2009, s. 50).

## **2.2 Sykepleiefaglig kunnskapsgrunnlag**

Som en konsekvens av de nevnte symptomene, svikter pasientens evne til å ivareta sine grunnleggende behov. Avhengig av pasientens helsetilstand, kan sykepleieren være nødt til å bistå pasienten med å få dekket ett eller flere av den rammedes grunnleggende behov (Grov & Holter, 2015, s. 361). I det følgende presenteres noen av de grunnleggende behovene, som den aktuelle pasientgruppen kan ha utfordringer med å ivareta selv.

### **2.2.1 Grunnleggende behov**

En demensdiagnose utvikler seg ulikt, men et likhetstrekk for alle pasienter er at de gradvis blir dårligere. På grunn av de kognitive endringene hos pasienten, vil vedkommende etterhvert bli avhengig av hjelp. Når pasienten kommer på sykehjem, vil sykepleiere og andre helsepersonells behovsvurderinger spille en viktig rolle for at pasientens grunnleggende behov blir dekket. Som en konsekvens av symptomene kan pasienten motsette seg å spise eller drikke, fordi de glemmer det eller ikke lenger klarer å kjenne på sult- og metthetsfølelsen. Noen trenger påminnelser, mens andre trenger hjelp eller tilrettelegging i forhold til bruk av spise- og drikkeredskaper (Skovdahl og Berentsen, 2014, s. 422).

Ifølge Skovdahl og Berentsen (2014) vil pasientens munnhelse ofte bli påvirket av sykdommen. En direkte konsekvens av dette kan være at pasienten utvikler infeksjoner i munnen, som igjen vil kunne påvirke spisesituasjoner gjennom at pasienten opplever ubehag og smerter. Smerter hos denne pasientgruppen blir ofte undervurdert, og sykdommen kan føre til at pasienten ikke klarer å uttrykke smerter eller ubehag verbalt. Dette krever at sykepleiere observerer pasientens ulike måter å uttrykke seg på. Det anbefales at helsepersonell i sykehjem benytter seg av kliniske smertekartleggingsverktøy (Skovdahl og Berentsen, 2014).

Et annet grunnleggende behov som kan være vanskelig for pasienten selv å ivareta, er personlig hygiene. Pasienten kan klare det motoriske, men kan likevel oppleve det utfordrende å forstå

hvordan handlingene skal utføres. Sykdommen kan i tillegg føre til at pasienten ikke lengre forstår betydningen av god personlig hygiene. Noen pasienter vil kun ha behov for påminning og tilrettelegging, andre til veiledning, mens en del pasienter kan ha behov for hjelp til fullt stell (Brodtkorb, 2014). Dårlig personlig hygiene kan føre til infeksjoner og smittespredning, og er derfor et svært viktig område (Holm, Hartviksen, Sjølie & Solbakken, 2015, s. 739).

### **2.2.2 Sykepleierens funksjonsområde**

I rammeplan for sykepleierutdanning er sykepleierens funksjoner nedfelt. I denne oppgaven vil flere av sykepleierens funksjonsområder være relevante, blant annet sykepleierens behandlende funksjon og undervisende- og veiledende funksjon (Kristoffersen et al., 2016).

Sykepleie krever ferdigheter som blant annet evnen til å leve seg inn i andre menneskers situasjon. Dette er en viktig forutsetning for å forstå hva pasienten gjennomgår. Videre er det viktig å gjøre bruk av sanser, eksempelvis å benytte blikket, hørsel og hender for å handle til det beste for pasienten. Ved å være bevisst på pasientens kroppsspråk, vil en kunne fange opp viktig informasjon om pasienten. For pleietrengende pasienter på sykehjem vil en sentral oppgave være å øke pasientens velvære, samtidig som en forsøker å redusere ubehag, samt forebygge komplikasjoner som tap av funksjon (Kristoffersen et al., 2016). På bakgrunn av dette vil jeg i det følgende presentere to av funksjonene jeg anser som relevante for sykepleiere som jobber på sykehjem med denne pasientgruppen.

#### **Den behandlende funksjonen**

I sykepleie retter behandling seg mot å redusere eller fjerne problemene som pasientene vi møter har, uavhengig av pasientens forløp. Det kan være pasienter med akutte helseproblemer eller med langvarige og kroniske sykdommer. I møte med mennesker med ulik grad av funksjonssvikt som demens, vil sykepleierens rolle være å bistå pasienten med hjelp til å dekke de grunnleggende behovene pasienten selv ikke klarer å ivareta. I tillegg handler den behandlende funksjonen i stor grad om å samarbeide og delegere oppgaver som har tilknytning til den medisinske behandlingen (Kristoffersen et al., 2016).

#### **Den undervisende og veiledende funksjonen**

Den undervisende og veiledende funksjonen kan knyttes opp mot de yrkesetiske retningslinjer og helselovgivning. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere kapittel 1 punkt 1.4 står det skrevet følgende:

*Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis* (Norsk sykepleieforbund, 2016).

Den undervisende og veiledende funksjonen handler i stor grad om at sykepleieren skal bidra til læring, utvikling og mestring, ovenfor både pasienter, pårørende, medarbeidere, studenter og elever. Dette er nedfelt i lovgivning. Gjennom undervisning og veiledning øker kunnskapsnivået, som igjen kan forbedre pasientens tilbud (Kristoffersen et al., 2016). I forhold til denne oppgavens fokus, vil undervisning og veiledning være aktuelt ovenfor medarbeidere og pasienter. Sykepleierens oppgave blir da å undervise og veilede andre helsepersonell på sykehjemmet til å redusere tvangsbruk, gjennom å innføre aktuelle tiltak.

### **2.2.3 Personsentrert omsorg**

I lang tid har selve diagnosen demens stått i fokus når man omtaler mennesker som er rammet av sykdommen. Tom Kitwood har forsøkt å endre fokuset gjennom sitt arbeid med personsentrert omsorg. Kitwood ønsket ikke at det skal legges trykk på person med DEMENS, men at vi i stedet legger vekt på individet bak diagnosen; PERSON med demens (Kitwood, 1999, s. 17). For få til en fokusendring, arbeidet Kitwood med å endre holdninger og kultur knyttet opp til pasientgruppen. Han mente at hvert enkelt demenstilfelle er et resultat av en kompleks interaksjon mellom følgende fem hovedelementer; personlighet, livshistorie, helse, nevropatologi og sosialpsykologi. Menneskers personlighet formes gjennom personlig utvikling, mens livshistorie er livserfaringer mennesker får gjennom livet. De endringene som skjer i hjernen når demenssykdom oppstår kalles nevropatologi, mens betingelser i våre omgivelser og de relasjoner vi har kalles sosialpsykologi. De kognitive endringene som oppstår som følge av demenssykdommen, påvirker hvordan mennesket handler. Mange opplever utfordringer som sorg, engstelse, sinne, frustrasjon, frykt eller dyp forvirring. Disse utfordringene må helsepersonell møte, og da kan personsentrert tilnærming benyttes. Dette innebærer at vi som helsepersonell ser hele mennesket, legger til rette for at vedkommende skal kunne bruke sine egne ressurser i størst mulig grad, tilrettelegger for at pasienten skal kunne

beholde sin selvstendighet så lenge som mulig, og at vi har respekt for pasientens identitet gjennom hele sykdomsforløpet (Rokstad, 2008, s. 70).

I samhandling med mennesker som har demens, er måten helsepersonellet opptrer på viktig. Umyndiggjøring, tvang og objektivisering er tre av flere handlingsmetoder som kan medføre krenkelse og degradering av pasienten. Ved å ikke tillate det enkelte individet å ta beslutninger som angår vedkommende selv, umyndiggjøres pasienten. Maktbruk forekommer relativt hyppig overfor denne pasientgruppen, og pasienten kan dermed kjenne på følelsen av å bli overkjørt. Dersom man ikke ser pasienten som et individ med følelser og opplevelser av det som foregår rundt vedkommende, reduserer man vedkommende til et objekt som om personen skulle vært en gjenstand (Rokstad, 2008). Hovedmålet med personsentrert omsorg er å bevare pasientens personverd, uavhengig av personens kognitive funksjon. I personsentrert omsorg er en forutsetning at alle mennesker som lever med en demensdiagnose, har evnen til å oppleve ulike grader av både trivsel og mistrivsel (Brooker, 2013). Høy grad av eksempelvis utfordrende atferd og fortvilelse, forekommer i omsorgsmiljøer der pasientens verdi som person ikke blir støttet opp om (Kitwood gjengitt av Brooker, 2013, s. 12).

Ondartet sosialpsykologi går ifølge Kitwood ut på ulike måter å undergrave pasientens personverd i omsorgsmiljøet. Dette kan blant annet skje gjennom å oppføre seg truende ovenfor pasienten eller utsette vedkommende for et høyt tempo, henvende seg til personen som om det er et barn, gi kallenavn, nedvurdere, umyndiggjøre, ignorere eller latterliggjøre pasienten. I dagens samfunn blir ofte ikke personer med demens verdsatt, det ses derimot en tendens til både ignorering og diskriminering av pasientgruppen. På bakgrunn av dette ligger røttene til ondartet psykologi i våre samfunnsverdier (Kitwood, gjengitt av Brooker, 2013).

Det er utarbeidet et rammeverk for personsentrert omsorg; Brookers VIPS-modell. V- står for personsentrert omsorg som et verdigrunnlag. I- står for individuell tilnærming i møte med mennesket med demens. P- retter seg mot å forstå perspektivet til den som er rammet og S-en handler om å etablere et støttende sosialt miljø rundt pasienten. Dette rammeverket har som mål å anerkjenne det enkelte individet i alle ledd av behandlingen. Formålet med modellen er å gjøre helsepersonell som jobber med personer med demens oppmerksom på hvilke områder de er gode på, og hva som har et forbedringspotensial (Rokstad, 2014).

#### **2.2.4 Yrkesetiske retningslinjer**

De yrkesetiske retningslinjene er utarbeidet av ICN (International Council of Nurses) og omhandler sykepleierens forhold til de ulike områdene i sykepleie, blant annet profesjon, pasient, pårørende, medarbeidere, arbeidssted og samfunn (Sneltvedt, 2016, s. 99). Ifølge Sneltvedt (2016) er de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere grunnlaget for å beskrive hva som betegnes som gode praktiske og moralske handlinger innenfor fagfeltet. Retningslinjene kan brukes av sykepleiere som redskap for refleksjon og argumentasjon, samt gi føringer for handlinger i den praktiske utførelsen av sykepleie. I kapittel 2 *Sykepleieren og pasienten* punkt 2.4 og 2.7 står det følgende:

*«Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått»* og

*«Sykepleieren beskytter pasienten mot krenkende handlinger som ulovlig og unødvendig rettsbegrensning og tvang».* (Sneltvedt, 2016, s. 111).

Sykepleiere i kommunehelsetjenesten må på lik linje med alle andre sykepleiere forholde seg til de yrkesetiske retningslinjene. Dette betyr i praksis at uavhengig av arbeidssted og pasientgruppe, skal disse legges til grunn når en utøver sykepleie, også på sykehjem (Sneltvedt, 2016).

#### **2.2.5 Kommunikasjon med mennesker som er rammet av demens**

Kommunikasjon er sentralt i sykepleie, og kan komme til uttrykk både verbalt og non-verbalt. Førstnevnte er det vi uttrykker gjennom ord, mens non-verbal kommunikasjon er kroppsspråket vårt som bevegelser, blikk og berøringer (Eide & Eide, 2017, s. 31). Rokstad (2014) sier at hensiktene med kommunikasjon er flere, men at det først og fremst handler om å formilde noe, undersøke hva andre føler og å skape en relasjon mellom to eller flere mennesker. For mennesker som er rammet av demens kan det være utfordrende å få helsepersonell og andre til å forstå deres ønsker, behov og tanker. Sykdommen kan i tillegg gjøre det vanskelig for denne pasientgruppen å forstå andres hensikter, noe som kan gjøre det utfordrende å skape en god relasjon (Rokstad, 2014, s. 39).

Vedrørende kommunikasjon med mennesker med demens, trekker Eide og Eide (2017) frem noen kommunikasjonsmåter som egner seg til denne pasientgruppen. Blant annet fremheves

det som hensiktsmessig å ta utgangspunkt i pasientens oppmerksomhetsfokus og deretter benytte seg av bekreftende kommunikasjonsferdigheter, både verbal og non-verbal. Mennesker med en demensdiagnose kan også ha klare øyeblikk, som kan oppstå plutselig eller gjennom sansestimulering. Minnene våre sitter i sansene, så når det oppstår en situasjon hvor pasienten gjenkjenner for eksempel lukt, berøring eller lyder, kan minnene vekkes hos pasienten. Dette kalles ifølge Skovdahl og Bernetsen (2014) for *reminisens*. Eide og Eide (2017) understreker i tillegg hvor viktig arbeid med personsentrert omsorg er når det gjelder til kommunikasjon med denne pasientgruppen. I og med at mange personer med demens er urolige og irritable, øker behovet ytterligere for å benytte personorientert kommunikasjon sammen med fleksibilitet og evnen til å identifisere viktige øyeblikk og respondere på disse. I tillegg er det viktig å respektere de følelsene pasienten har. Gjennom å speile følelser og vise at man forstår den andre, kan man styrke pasientens selvfølelse (Eide & Eide, 2017, s. 326). Det er viktig å ha kunnskaper om de endringene pasienten vil oppleve ved en slik diagnose og hvordan dette kan komme til uttrykk i deres kommunikasjonsmåte (Rokstad, 2014).

## **2.3 Juridiske føringer og yrkesetikk**

Sykepleiere har et lovverk å forholde seg til og rette seg etter ved utøvelsen av sykepleie. Lovverket legger føringer for hva sykepleieren *skal* gjøre, i motsetning til etikken som legger føringer for hva sykepleieren *bør* gjøre. Formålet med lovgivningen er å ha forebyggende sikkerhetstiltak som kan redusere risikoen og faren for skader (Molven, 2016). Helsepersonelloven og pasientrettighetsloven regulerer ulike deler av det norske helsevesenet, og står sentralt i denne sammenhengen. Førstnevnte regulerer alle de 29 gruppene helsepersonell som kan få autorisasjon, og gir føringer på hvilke rammer en må forholde seg til ved utøvelse av helsehjelp. Pasientrettighetsloven gir pasientene rettigheter, som helsepersonell må forholde seg til (Molven, 2016). Videre i denne oppgaven vil helse- og omsorgstjenesteloven være av betydning for sykepleiere ved utøvelse av helsehjelp i kommunehelsetjenesten.

### **2.3.1 Når pasienten motsetter seg helsehjelp**

Rapporter og undersøkelser som omhandler bruk av tvang i demensomsorgen viser at det foregår betydelig bruk av tvang. Formene for tvang som hyppigst benyttes i norske sykehjem er redskaper som hindrer beboeren i å bevege seg fritt eller som gjør at vedkommende ikke har tilgang til sin egen kropp. Et eksempel er fastholding av pasienten under undersøkelser eller

behandling, i forbindelse med omsorgstiltak, overvåking med elektroniske hjelpemidler, og ved medisinerings kamoufleres medisiner i mat eller drikke. Pasientene kan vise motstand både verbalt, non-verbalt og fysisk. Når pasienter motsetter seg helsehjelp, skal dette i utgangspunktet respekteres. For mange pasienter oppleves tvang som en krenkelse av sin personlige integritet, noe sykepleiere og annet helsepersonell bør være bevisste på (Johnsen og Smebye, 2008).

### **2.3.2 Samtykkekompetanse**

Ifølge Molven (2016) kan det i tilfeller ved omsorg til mennesker med demens være behov for å bruke tvang, for å sikre at pasienten får den helsehjelpen vedkommende har behov for. Samtykkekompetanse står sentralt i denne sammenheng. Dersom pasienter uten samtykkekompetanse motsetter seg helsehjelp, skal den som utøver helsehjelpen først forsøke å nå frem på den frivillige veien, før tvang eventuelt benyttes. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 4-3 inneholder føringer for vurderingen av samtykkekompetansen til denne pasientgruppen, men det er ifølge Molven (2016) vanskelig å avgjøre hvorvidt en person med demens er samtykkekompetent. Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis, avhengig av hvor hardt rammet vedkommende er av sin diagnose.

### **2.3.3 Forsvarlighet**

Som nevnt ovenfor har pasientene rettigheter som medfører tilsvarende plikter for helsepersonell. I helsepersonelloven § 4 er forsvarlighetskravet nedfelt. Det fremgår av denne bestemmelsen at helsehjelpen skal være av *faglig forsvarlig* karakter og at det skal ytes *omsorgsfull hjelp* (Molven, 2016, s. 131). Grunnprinsippet i kravet om forsvarlighet er at den helsehjelpen som gis skal være til det beste for pasienten, og ikke til skade. Forsvarlighetskravet danner dermed fra et juridisk ståsted en minstestandard av krav som stilles til faglig arbeid (Molven, 2016). For at sykepleiere og annet helsepersonell skal kunne yte forsvarlig helsehjelp, kreves det at virksomhetene har tilstrekkelige ressurser, og at de organiseres, bemannes og driftes på en måte som er i samsvar med kravene i loven (Molven, 2016).

### **2.3.4 Forholdet mellom jus og etikk**

Etikken har stått sentralt i sykepleien i mange år og i 1983 kom de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere. Etikken sier noe om hva som er verdigrunnlaget og hva sykepleierens

handlinger skal være styrt av (Molven, 2016, s. 66). Loven handler om de samme temaene som yrkesetiske retningslinjer, i tillegg til at den oppstiller sosiale normer. Brudd på lover kan medføre at beslutninger ikke er gyldige, samt at den som har utført en handling i strid med lovgivning og uten at det foreligger gyldig vedtak om tiltaket, kan holdes strafferettslig ansvarlig. Dersom sykepleiere derimot bryter med etiske retningslinjer, kan dette bare føre til reaksjoner fra yrkeskomiteen, med mindre det også innebærer lovbrudd. Dette innebærer at dersom loven angir en konkret løsning på et problem, kan ikke yrkesetiske retningslinjer benyttes for å forsvare valg om andre løsninger enn de som følger av loven (Molven, 2016).

### **2.3.5 Etikk**

Etikk er teori om moral. Når en jobber med mennesker, vil man stå ovenfor etiske dilemmaer. Etiske dilemmaer oppstår i valgsituasjoner der ingen av de alternative løsningene utpeker seg som et bedre alternativ (Brinchmann, 2016, s. 223). Et etisk dilemma kan eksempelvis være at en pasient ikke ønsker å ta medisiner som anses å være nødvendig for vedkommende. I 1970-årene introduserte to amerikanere *De fire prinsippers etikk*, et etisk rammeverk som er viktig når sykepleieren står ovenfor medisinsk-etiske dilemmaer. Disse prinsippene kan ikke ses alene, men må ses som en helhet (Brinchmann, 2016). Likevel har jeg valgt ut to av prinsippene i denne oppgaven;

#### **Velgjørhetsprinsippet**

I helsepersonelloven § 4 er det lagt til grunn at sykepleie skal basere seg på faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Lov om helsepersonell, 1999). Velgjørhetsprinsippet handler i stor grad om dette, nemlig å ville pasienten godt og handle til det beste for pasienten. Dette innebærer at sykepleieren må leve seg inn i andre menneskers situasjon, og å kunne handle og ta ansvar for andres liv i en sårbar situasjon. Prinsippet kan også forstås som en konsekvensetikk hvor målet er å skape god helse hos så mange mennesker som mulig, med så få ressurser som mulig (Nortvedt, 2016, s. 96).

#### **Autonomi**

Ifølge Brinchmann (2016) handler autonomi om retten til å ta egne beslutninger, uavhengig av påvirkning fra andre. Dette er nedfelt i lov, sammenholdt med retten til å medvirke og retten til å få tilstrekkelig informasjon i forkant av et valg. En forutsetning for at pasientene kan ta selvstendige valg, er at vedkommende har fått god informasjon om alternativene herunder de



positive og de negative konsekvensene. Sykepleiere og leger vil gjennom samtale med pasienten også være nødt til å vurdere pasientens kompetanse å ta en beslutning.

Pasienter kan velge å motsette seg behandling. I slike situasjoner bør man undersøke om pasienten har fått tilstrekkelig informasjon i forkant, om vedkommende kompetent til å ta en avgjørelse, eller er om pasienten er underlagt noen form for press som påvirker valget i en retning pasienten vanligvis ikke ville valgt (Brinchmann, 2016, s. 90).

### 3 Metode

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap, et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder»  
(Dalland, 2017, s. 50).

Dalland (2017) beskriver to ulike metoder innenfor forskning; kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode gir gjerne data til oppgaven i form av noe målbart, og egner seg derfor best til oppgaver der ønsket er å utforske et tema i bredden. I denne oppgaven benyttes kvalitativ forskning, da jeg ønsker å gå i dybden på tematikken og få frem beskrivelser og erfaringer som ikke kan måles eller tallfestes (Dalland, 2017, s. 53).

#### 3.1 Den litterære oppgaven

Denne bacheloroppgaven er en litterær oppgave. Jeg skal ikke utvikle ny kunnskap, men innhente informasjon og data fra eksisterende litteratur, eksempelvis fag- og forskningslitteratur (Dalland, 2017, s. 207). Faglitteratur inkludert pensumlitteratur, lovverk med forskrifter, forskningsartikler og enkelte internettsider vil benyttes. Kildene vil bli brukt for å få frem fagkunnskaper som kan bidra til å drøfte min problemstilling. I drøftingsdelen vil jeg trekke inn noen eksempler fra kliniske studier, og knytte denne kunnskapen opp mot det teoretiske kunnskapsgrunnlaget. For å gange opp beskrivelser og erfaringer som ikke kan måles, men som er verdifulle for besvarelsen av problemstillingen, har jeg valgt å benytte forskning som baserer seg på kvalitativ metode.

#### 3.2 Søkehistorikk

Jeg har gjennomført søk i databasene cinahl, svemed+ og sykepleieforskning for å finne frem til relevant forskningslitteratur. Jeg endte opp med å kun bruke artikler fra cinahl, hvor jeg først søkte med følgende søkeord: «*Coercion AND dementia AND Nurs\**», dette ga 11 treff. Jeg avgrenset så til inklusjonskriteriene forskningsartikler, fagfelleverdert, Europa, og fra de syv siste årene, og fikk deretter opp fem artikler. Basert på de fem artiklenes abstract valgte jeg ut følgende tre artikler; “The battle for beneficence- nurses’ experience of the use of coercion in Dementia Care”, “How to avoid and prevent coercion in nursing Homes” og “The ethics of coercive treatment of people with Dementia”. Deretter søkte jeg med søkeordene «*Nursing Homes AND coercion AND dementia*», som ga 203 treff. Jeg avgrenset til de samme

inklusionskriteriene som i forrige søk, og fikk opp 27 treff, blant annet de tre artiklene fra forrige søk, i tillegg til artikkelen «Coercion in nursing homes: perspectives of Patients and relatives». I tillegg til inklusionskriteriene, la jeg også vekt på at forskningen var gjennomført i Skandinavia, da jeg ønsket litteratur som kan gjenspeile helsevesenet i Norge.

Jeg har videre benyttet følgende oversiktsartikkel som jeg tilfeldig kom over i tidsskriftet geriatrisk sykepleie: *Makt og tvang i stellesituasjoner*. Til slutt valgte jeg å inkludere artikkelen til Egede-Nissen, Jakobsen, Sellevold og Sørлие som heter *Time ethics for persons with dementia in Care Homes*, som jeg fant på pensumlisten.

Det har vært viktig for meg å finne forskningslitteratur som er relevant for min aktuelle problemstilling, noe Dalland (2017) påpeker er et krav i litterære oppgaver. Alle de seks artiklene jeg har valgt å inkludere, omhandler tvang i demensomsorgen. Artiklene tar for seg ulike aspekter innen for tematikken, og jeg anser dem derfor å være relevante for min problemstilling. Fagbøkene, internettsidene og rundskrivet som er benyttet i oppgaven, er valgt ut gjennom et nøye litteratursøk. Jeg har gått gjennom tidligere bacheloroppgaver, masteroppgaver og andre litterære oppgaver med samme tematikk, for å finne frem til relevant kunnskapsstoff.

### **3.3 Kildekritikk**

I denne oppgaven blir det hovedsakelig benyttet primærlitteratur, med unntak av oversiktsartikkelen jeg bruker innledningsvis. Primærlitteratur er artikler skrevet på bakgrunn av en enkelstudie (Thidemann, 2015). I tillegg benytter jeg boken *Personsentrert demensomsorg* som er skrevet av Dawn Brooker. Boken er en sekundærkilde som beskriver Kitwoods arbeid med personsentrert omsorg, men jeg har valgt å inkludere den på bakgrunn av dens relevans. Det finnes et stort utvalg av forskningslitteratur innenfor temaene demens og tvang når søkeordene benyttes hver for seg, men når jeg kombinerer søkeordene reduseres utvalget av forskningsartikler betraktelig. Dette kan bety at tilgangen på forskningsartikler som omhandler temaet kan være redusert.

Jeg har som nevnt benyttet seks forskningsartikler i denne oppgaven. Artiklene til Lejman, Westerbotn, Pöder & Wadensten (2013), Garden og Hauge (2012) og Egede-Nissen et al. (2012) har henholdsvis 8, 10 og 12 deltagere i sine studier, noe som kan betraktes som et lite

utvalg. I kvalitativ forskning kan utvalget være lite fordi man går i dybden på det aktuelle temaet (Dalland, 2017). Med bakgrunn i at det er få deltakere i de aktuelle studiene kan ikke disse resultatene generaliseres for demensomsorgen, men jeg har valgt å anvende artiklene i oppgaven da jeg anser de som relevante for min problemstilling. Selv om data som blir benyttet anses å være relevant, er det i tillegg et krav til at dataen som er innhentet er pålitelige. Når intervju benyttes for å innhente informasjon, er det en viss fare for feilkilder i kommunikasjonsprosessen. Feilkilder kan oppstå dersom spørsmålene blir tolket feil av informantene eller dersom svarene tolkes feil av den som forsker. Fem av de seks artiklene jeg har valgt, har benyttet intervju som metode. På bakgrunn av dette kan det ha forekommet visse feilkilder allerede under innsamling (Dalland, 2017, s. 60). En av artiklene er svensk, og de resterende fem er norske. Jeg valgte å ta med den svenske artikkelen, da jeg anser Sverige og Norge som sammenliknbart. Artikkelen til Lejman et al. (2013), Gjerberg, Hem, Førde og Pedersen (2013), Egede-Nissen et al. (2012) og Gjerberg, Lillemoen, Pedersen og Førde (2015) er skrevet på engelsk, noe som gjør artiklene sårbare for feiltolkninger under oversetting.

Videre i oppgaven har jeg anvendt faglitteratur som er skrevet i år 1999 og tidlig på 2000-tallet, der i blant Tom Kitwoods arbeid. Til tross for at denne faglitteraturen er eldre enn 10 år, har jeg valgt å benytte meg av den da jeg anser den for å være relevant også per i dag. Skovdahl og Bernetsen (2014) tar eksempelvis for seg Tom Kitwoods arbeid med personsentrert omsorg, noe som tilsier at litteraturen fremdeles er aktuell.

Helt til slutt vil jeg påpeke at Tom Kitwood ikke skriver fra et sykepleiefaglig perspektiv. Men på bakgrunn av at hans arbeid med personsentrert omsorg kan benyttes som et verktøy for sykepleiere, har jeg valgt å inkludere dette som en stor del av oppgaven.

## 4 Presentasjon av forskningsresultat

I det følgende vil jeg presentere en matrise med de seks forskningsartiklene jeg har valgt å anvende i oppgaven. Artikkelmatriksen systematiserer artiklene og gir dermed en oversikt over valgt forskningslitteratur.

Nr	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Lejman, E., Westerbotn, M., Pöder, U., & Wadensten, B. (2013)	The ethics of coercive treatment of people with dementia	Nursing ethics	Beskrive hvordan sykepleierne i sykehjem sørger for god og trygg sykepleie og opprettholdelse av beboerens integritet	Kvalitativ metode. Semi-strukturerte intervjuer av 10 sykepleiere.	Tre fremtredende temaer: sikre kvalitet i sykepleieutøvelsen uten å bryte pasientens rettigheter. Lav bemanning førte til bruk av tvang, som blant annet belter, sengehest og medikamenter. Informasjon om beboeren og bevissthet trekkes frem som et forebyggende tiltak.
2	Garden, M.H., & Hauge, S. (2012)	Kampen for pasientens beste-sykepleieres erfaringer ved bruk av tvang i demensomsorgen	Nordic journal of nursing research & clinical studies.	Undersøke hvordan det oppleves av sykepleiere å benytte tvang i hverdagslige situasjoner mot personer med demens.	Kvalitativ livsverden design, det ble gjennomført individuelle dybde-intervju med 8 sykepleiere som jobbet med personer med demens.	Sykepleierne beskrev opplevelsen knyttet til bruk av tvang. Opplevelsen av å ikke nå og ikke forstå pasienten. Opplevelsen av å ha skyld i pasientens negative opplevelse. Opplevelsen av pasienten som tapt eller tildekket. Opplevelsen av sinne i omsorgssituasjonen. Opplevelsen av trange rammer.
3	Gjerberg, E., Hem, M.H., Førde, R., & Pedersen, R. (2013)	How to avoid and prevent coercion in nursing Homes: A qualitative study.	Nursing Ethics.	Undersøke hvordan personalet håndterer utfordrende situasjoner der pasientens motsetter seg helsehjelp, og hvordan man kan unngå bruk av tvang hos pasienter som motsetter seg behandling.	Kvalitativ metode. 11 fokusgruppeintervjuer der sykepleiere, hjelpepleiere og ufaglærte deltok.	Strategier for å unngå bruk av tvang: Avlede, lokke, overbevise, overtale, bruke et bevisst valg av språkbruk, samt redusere pasientens alternativer. Fleksibilitet: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prøve igjen senere</li> <li>- Bytte på personalet.</li> <li>- En til En.</li> </ul> Kriterier for å forebygge tvang: God nok bemanning, ressurser på sykehjemmet, god nok kompetanse, og det å kjenne til pasientens.

4	Gjerberg, E., Lillemoen, L., Pedersen, R., & Førde, R. (2015)	Coercion in nursing Homes: Perspective of Patients and Relatives.	Nursing Ethics	Undersøke informantenes syn på tvang. Forskningsspørsmål: Hvordan mener de at personalet skal håndtere situasjoner der pasientene motsetter medisinsk- og annen nødvendig behandling? Finnes det situasjoner der bruk av tvang kan forsvares, og i så fall hvorfor og under hvilke omstendigheter.	Kvalitativ og utforskende metode. Informasjon ble samlet gjennom en kombinasjon av individuelle intervjuer med pasienter på sykehjem og fokusgruppe intervjuer med pårørende til pasientene.	De fleste pasientene uttrykte at de stolte på at personalets vurdering av situasjonen og dermed når tvang ansås som nødvendig. Flere enn halvparten av pasientene og pårørende aksepterte bruk av tvang, og stolte på at de ansatte handlet i henhold til pasientens beste. Akseptasjon av bruk av tvang ble knyttet til pasientens mangel på forståelse, for å hindre helserisiko og bevare pasientens verdighet.
5	Smit, J.A., & Hvalvik, S. (2015)	Makt og tvang i stellesituasjoner.	Sykepleien, Geriatrik sykepleie	Hensikten er å belyse hvordan helsepersonell kan unngå bruk av tvang og makt i stellesituasjoner med personer med demens.	Systematisk litteraturstudie.	Kjenne til pasientens livshistorie, ha kunnskaper om tvang og erfaringer med alternative framgangsmåter. Kontekst, sykehjemets ressurser og omsorgsmiljøet spiller en stor rolle for å lykkes med alternative strategier.
6	Egede-Nissen, V., Jakobsen, R., Sellevold, G.S., & Sørli, V. (2012) Nursing Ethics	Time ethics for personer with dementia in care homes.	Nursing Ethics	Undersøke helse- og omsorgspersonells erfaringer knyttet til å gi god omsorg for personer med demens, samt finne ut hvilke egenskaper som bidrar til å gi god omsorg.	Kvalitativ design, 12 helsepersonell på sykehjem ble intervjuet gjennom narrative intervjuer.	Å opptre både indirekte og direkte til pasientens beste. Ha tid til å snakke sammen om pasienten, og finne ro når det var travelt slik at pasienten kunne få ivareta selvbestemmelse. <ul style="list-style-type: none"> <li>Fleksibilitet: <ul style="list-style-type: none"> <li>- avvente til pasienten er klar for stell.</li> <li>- Tid viktig for å unngå tvang og uro.</li> <li>- møte pasientens ulike tids erfaringer og samhandle med pasienten når pasienten var forvirret.</li> </ul> </li> </ul> Støtte, trøste og kjenne pasientens livshistorie.

## 5 Drøfting

I det følgende skal jeg drøfte problemstillingen: *Hvordan kan sykepleieren ved hjelp av personsentrert omsorg bidra til å forebygge bruk av tvang på sykehjem.* Jeg vil forsøke å tydeliggjøre hvilken funksjon sykepleieren har i møte med denne pasientgruppen, og hvilke rammer sykepleieren jobber under i kommunehelsetjenesten. Forskningsartiklene vil bli benyttet som moment for å underbygge det som fremgår av litteraturen, samt for å drøfte problemstillingen. Videre vil jeg benytte relevant kunnskap fra faglitteraturen, blant annet lover og forskrifter, etikk og kunnskaper om pasientgruppen. Avslutningsvis vil jeg løfte frem konkrete eksempler på tiltak.

### 5.1 Formelle rammer som styrer sykepleieutøvelse.

For å kunne forebygge et problem er det vesentlig å ha bakgrunnskunnskaper om hvorfor problemet i utgangspunktet oppstår. I dette tilfellet er det nødvendig å undersøke hvilke konkrete hendelser som fører til bruk av tvang, for deretter å vurdere hvilke forebyggende tiltak som kan iverksettes for å motvirke ulovhjemet bruk av tvang. I denne sammenheng kan spørsmålet om hvorfor bruk av tvang forekommer i så stor grad på sykehjem stilles. I studien til Garden og Hauge (2012) kommer mangel på kunnskaper om alternative løsninger, mangel på tid og de ansattes holdninger til pasientgruppen frem som årsaksfaktorer. Kirkevold (2014b) påpeker at de ytre rammene som eksempelvis vaktordninger påvirker hvorvidt pasienten får ta egne beslutninger. Hun viser til studier som har avdekket at eldre mennesker med hjelpebehov ikke selv får bestemme når de skal stå opp, legge seg eller spise. Dette kommer på kanten med hensyn til pasientens selvbestemmelsesrett. Det forutsagte strider i mot de yrkesetiske retningslinjene, som blant annet sier at sykepleieren skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige valg (Sneltvedt, 2016, s. 111).

Hvert år peker helsetilsynet på uforsvarlig og dårlig fagutøvelse i kommunale helseinstitusjoner (Hauge, 2014). Et googlesøk leder til utallige avisartikler om dagens bemanningssituasjon i kommunehelsetjenesten, noe som belyser hvor dagsaktuelt temaet er i nåtidens eldreomsorg. Gang på gang snakkes det om for lav bemanning, for mange ufaglærte og uforsvarlig pleie. Likevel finnes det lite faglitteratur som understøtter sammenhengen mellom disse faktorene og forekomsten av tvang. I henhold til sykehjem og hva som er et godt tilbud, må dette anses som en nasjonal norm. Pasientene skal få et forsvarlig tilbud og forsvarlig omsorg, uavhengig av om de tilhører en geografisk stor eller liten kommune og uavhengig av deres økonomiske stilling (Molven, 2015, s. 246). Videre presiseres det i helse- og omsorgstjenesteloven (2011) § 4- 1 at

det skal tilbys et verdig tjenestetilbud. Det forutsagte viser at forsvarlighetskravet er overordnet økonomien i kommunene, og skal derfor ideelt sett legges til grunn i budsjettet og i tildelingen av ressurser. Molven (2015) har derimot funnet ut at det er et gap mellom god standard og minimumskravet. Kommunene kan dermed velge å legge seg under det som anses som god standard, så lenge de ikke utøver helsehjelp under minimumskravet som er fastsatt i lov. Det betyr at kommunene kan spare penger ved å ansette færre, eller ansette personell som er dårligere kvalifisert for oppgavene som skal gjøres, uten at det regnes som uforsvarlig. Selv om studiene til Lejman et al. (2013) Gjerberg et al. (2013) og Garden og Hauge (2012) hevder at for lav bemanning og kompetanse blant de ansatte kan føre til bruk av tvang, har altså kommunen lov å ansette personer med lavere kompetanse så lenge de tilfredsstillt minimumskravet. Ut fra egen erfaring fra kliniske studier, sitter jeg igjen med et inntrykk av at det er nettopp dette mange kommuner gjør.

I rundskrivet med kommentarer til pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-1 står det tydelig skrevet at tvangstiltak ikke skal benyttes for å spare ressurser eller på grunn av mangelfull kompetanse (Helsedirektoratet, 2015, s. 109). Settes dette opp mot det jeg drøftet i forrige avsnitt, ser det ut til at loven gir rom for tolkning. Gjerberg et al. (2013) hevder at sykehjemmenes ressurser er nært knyttet opp til hvorvidt tvang blir benyttet i den daglige omsorgen. Deltakerne i studien gir uttrykk for at deres muligheter til å benytte alternative tiltak til bruk av tvang, blir sterkt påvirket av rammene og ressursene de må forholde seg til på arbeidsplassen. Særlig trekkes ressurser som angår tid, bemanning og kompetanse frem i studien. Smit og Hvalvik (2015) støtter også påstanden om at sykehjemmets ressurser er av betydning. De trekker i tillegg frem omsorgsmiljøet på den enkelte avdelingen som en viktig faktor for å lykkes med å forebygge bruk av tvang. Omsorgsmiljøet kan igjen knyttes opp mot kunnskaper, og ifølge Sneltvedt (2016, s. 110) har sykepleieren et ansvar for at ny kunnskap benyttes i praksis. I studien Lejman et al. (2013) beskriver en av informantene verdien av at sykepleiere står frem som gode rollemodeller for andre ansatte. Her mener jeg at sykepleieren kan benytte seg av den undervisende og veiledende funksjonen til å fremme et godt omsorgsmiljø på arbeidsplassen. Ifølge Kristoffersen et al. (2016) vil sykepleiere gjennom undervisning og veiledning kunne bidra til å skape et miljø som er preget av et høyt kunnskapsnivå, og som igjen kan føre til at man i fellesskap kommer frem til alternative strategier for å unngå bruk av tvang. Dette krever imidlertid at sykepleierne holder seg faglig oppdatert og at de evner å formidle den kunnskapen de besitter.



## **5.2 Hvordan kan personsentrert omsorg benyttes for å forebygge bruk av tvang?**

Både ute i samfunnet og blant helsepersonell verserer ulike holdninger til den aktuelle pasientgruppe. Kunnskaper om anatomi og fysiologi hjelper sykepleieren med å forstå årsaken til symptomene pasienten kan oppleve. Dette medfører en bevisstgjøring for sykepleieren om hva pasienten trenger av hjelp. Det representerer imidlertid ikke helheten av realiteten, kun en del av den. Et menneske er mer enn en diagnose, og det er nettopp dette som er den grunnleggende og fundamentale tanken bak personsentrert omsorg. Ifølge Brooker (2013) flyttes fokuset i denne tilnærmingen fra diagnosen til personen. Et menneske med demens er et unikt individ med tanker, følelser, kunnskaper og ressurser, og dette må sykepleieren fokusere på. Det betyr imidlertid ikke at kunnskaper om sykdommen ikke er viktig, men det utfordrer sykepleieren til å tenke helhetlig. Garden og Hauge (2012) trekker frem i sin studie at noen opplevde pasienten som tapt, noe som kan tolkes som om det kun er pasientens kropp sykepleieren har fokus på. Slike holdninger vil kunne representere en fare for at pasientens psykiske behov ikke blir tilstrekkelig ivaretatt. Nettopp på grunn av dette er de ansattes holdninger viktige. Helsepersonell må ha en åpen og fordomsfri holdning, være tilstede og kunne konsentrere oppmerksomheten sin mot hele pasienten (Kitwood, gjengitt av Rokstad 2008).

I personsentrert omsorg skal hvert enkelt individs verdi anerkjennes, uavhengig av dets kognitive funksjon og alder. Det er en individuell tilnærming, der mennesket blir sett på som en helhet. Jeg stiller da spørsmål ved om pasientens verdi som menneske anerkjennes når det utøves tiltak som strider i mot vedkommendes ønsker. Flere av pasientene og deres pårørende i studien til Gjerberg et al. (2015) hevder at de stoler på at sykepleiere og annet helsepersonell handler i henhold til pasientens beste, selv om det innebærer bruk av tvang. Men tilliten er ikke helt uten forbehold, og de fleste uttrykker nettopp et ønske om at det forsøkes den frivillige veien først. De mener derfor at tvang kun bør være siste utvei. Slik jeg ser det og ut fra det jeg har erfart, havner sykepleierens ønske om å gjøre pasienten godt ofte i en konflikt med pasientens eget ønske. Slike konflikter kan oppstå dersom sykepleieren ikke kjenner til pasientens ønsker og preferanser, eller når pasienten og sykepleieren har ulik oppfatning av tiltaket som skal gjennomføres. Denne påstanden støttes av artikkelen til Garden & Hauge (2012) som mener partene kan ha ulike forståelser av den daglige omsorgen. Brooker (2013) har som nevnt i oppgavens teoretiske del jobbet videre med Tom Kitwoods arbeid med personsentrert omsorg. Kitwood mener det er få mennesker som med hensikt og vilje går inn for å gjøre pasienter i demensomsorgen vondt. I stedet kan holdninger og handlinger mot denne

pasientgruppen knyttes opp mot pleiekulturen i demensomsorgen og våre samfunnsverdier. Det kan eksempelvis dreie seg om hvordan sykepleieren omtaler pasientgruppen, eller måten sykepleieren handler på. Rokstad (2008) trekker frem den *dementfobe* holdningen, der pasienter med demens blir sett på som avsjelet eller grønnsak, og gjennom en slik holdning kan et liv med demens betraktes som et uverdigg liv. Dersom sykepleieren i tillegg utfører handlinger som er preget av å umyndiggjøre pasientene eller benytte tvang som et tidsbesparende tiltak, kan resten av helsepersonellet følge denne trenden. Dette skaper en pleiekultur som er preget av ondartet sosial psykologi, som over lengre tid vil undergrave pasientens verdi som person, redusere trivsel og øke mistrivsel. mistrivsel kan føre til at pasienten isolerer seg, utagerende atferd eller apati, som igjen kan påvirke hvordan helsepersonellet forholder seg til pasienten (Brooker, 2013). Hele situasjonsbildet blir da preget av en vond sirkel, som av erfaring kan være vanskelig å bryte.

Ved å benytte seg av Brookers VIPS-modell, vil en kunne bryte mønsteret med ondartet sosial psykologi. Det er som regel en årsak til utagerende eller lite samarbeidsvillig atferd, og i personsentrert omsorg forsøker man å forstå meningen bak atferden. Garden og Hauge trekker frem at dersom aggresjon fra pasienten kun tolkes som et symptom på de hjerneorganiske forandringene, er det ikke mulig å nå inn til pasienten. Det kan da være nærliggende å tro at sykepleieren møter pasienten med tvang. De trekker derfor frem at det er viktig å anerkjenne pasientens atferd som en respons på tap av kontroll og selvbestemmelse, og gjennom dette forsøke å unngå bruk av tvang (Garden & Hauge, 2012, s. 21). Slik jeg ser det, viser dette nettopp hvor viktig det er å se hele mennesket, og forsøke å se ting fra pasientens perspektiv. Lejman et al. (2013) trekker frem et tiltak som direkte kan knyttes opp mot personsentrert omsorg, nemlig det å kjenne til pasientens livshistorie. Dette krever at helsepersonell utforsker pasientens tidligere liv, og kartlegger ønsker og behov. Det bør også utarbeides individuelle planer for hver enkelt pasient. Personsentrert omsorg kommer også tydelig frem i artikkelen til Garden og Hauge (2012), som mener at omsorgsmiljøets oppgave er å bruke kunnskaper fra pasientens livshistorie til å finne gode løsninger og støtte opp under pasientens opplevelse av velvære. Å arbeide med pasientens livshistorie kan dermed tolkes som et forebyggende tiltak mot bruk av tvang, og ifølge Egede-Nissen et al. (2012) er pårørende en viktig kilde for å innhente informasjon om pasientens tidligere liv.

### **5.3 Kampen for pasientens beste**

Et tema som synes å være gjennomgående i flere av artiklene, er at handlingene skal være til det beste for pasienten. Ifølge Garden og Hauge (2012) er det imidlertid vanskelig å avgjøre hva som er det beste for pasienten. På den ene siden kan tvangsbruken bunne i sykepleieres genuine ønske om å gjøre pasienten godt, som et sikkerhetstiltak for å beskytte pasienten. I tillegg ligger det til grunn i de etiske prinsippene, blant annet velgjørenhetsprinsippet. På den andre siden strider handlingene med det juridiske lovverket sykepleiere må forholde seg til og rette seg etter. Kan tvangsbruken forsvares? Som nevnt i teorikapittelet skal pasientens ønske respekteres, samtidig som kravet er at sykepleien utøves forsvarlig (Molven, 2016). Spørsmålet blir da om det finnes gode alternative tiltak til bruk av tvang. Gjerberg et al. (2013) har sett på ulike forebyggende tiltak rettet mot pasientgruppen. Et av de første tiltakene som beskrives i deres studie er å lokke og lure pasienten. Dette kan blant annet gjøres gjennom å fokusere på noe positivt, som å gi pasienten komplimenter eller gjennom å snakke om et tema de vet interesserer pasienten. Denne metoden trekkes også frem i studien til Gjerberg et al. (2015), hvor flere av informantene anså dette som en mildere måte å frata pasienten rett til å ta autonome beslutninger. Om metoden er etisk riktig kan sannsynligvis diskuteres, men informantene i studien opplever metoden som et alternativ til tvang. Gjerberg et al. (2013) trekker også frem at det er viktig å få pasienten til å forstå at oppgaven som skal gjennomføres er til det beste for vedkommende selv, og der igjen trekkes relasjon frem som et viktig (om ikke avgjørende) moment. Det å kjenne til pasienten, både preferanser, ønsker og behov, fremheves i stor grad som et forebyggende tiltak. Ifølge Brooker (2013) er dette personsentrert omsorg, og en slik tilnærming vil kunne bidra til å redusere mistriivsel og dermed også utfordrende atferd.

Ut fra artikkelen til Gjerberg et al. (2013) virker tid å være avgjørende i forhold til om tvang blir benyttet. Å skape en relasjon og å nå inn til pasienten oppleves å være tidkrevende, men virkningsfullt. Tid trekkes også frem av Egede-Nissen et al. (2012), der informantene opplevde at å bruke god tid reduserte bruk av tvang. Når en setter dette opp mot forholdene sykepleieren jobber under i kommunen, som tidspress og lav bemanning, kan situasjonen virke håpløs. Likevel lykkes noen sykepleiere med dette. Enkelte vil kunne hevde at det handler om personlige kvaliteter hos noen av sykepleierne, andre mener at alle kan oppnå det samme resultatet gjennom bevisst å jobbe med det. Det kommer frem av Skovdahl og Berentsen (2014) at det er gjennomført flere studier som forsøker å forstå hva som er årsaken til at enkelte pleiere får til et samarbeid med personer med demens, som utagerer eller er lite samarbeidsvillig. Et av funnene som anes som en positiv faktor ved helsepersonellet som får dette til, er at de

tilrettelegger for å skape gode situasjoner og relasjoner, samtidig som de anerkjenner pasientens verdi. Dette krever at sykepleieren legger vekt på å skape en relasjon, og tolker pasientens ulike kommunikasjonsuttrykk, både verbalt og non-verbalt. Garden og Hauge (2012) hevder blant annet at vegrende atferd under stell kan skyldes frykt. De mener at fokuset i slike situasjoner bør rettes mot samspillet mellom sykepleieren og pasienten, og at tiltakene som iverksettes bør baseres på pasientens respons og preferanser. For å nå inn til pasienten påpeker Eide og Eide (2017) at det kan være hensiktsmessig å ta utgangspunkt i pasientens oppmerksomhetsfokus, og deretter benytte seg av bekreftende kommunikasjonsferdigheter. De trekker også frem at det er viktig for helsepersonell å respektere pasientens følelser, herunder også negative følelser. Gjennom å speile følelsene og respondere på det pasienten uttrykker, kan man styrke pasientens selvfølelse, og gjennom dette skape en god relasjon. Dette kalles validering. Av erfaring vil jeg påstå at en god relasjon som skaper trygghet hos pasienten, kan gjøre pasienten mer samarbeidsvillig. Det kan dermed betraktes som et forebyggende tiltak til bruk av ulovhjemlet tvang.

Gjerberg et al. (2013) beskriver hvordan noen av informantene benytter et bevisst ordvalg for å unngå at pasientene motsetter seg hjelp til å få dekket grunnleggende behov, for eksempel personlig hygiene. Gjennom å informere pasienten om hva som skal skje, fremfor å spørre om pasienten ønsker det, opplever informantene at samarbeidet blir lettere. På den ene siden ser det ut til at metoden kan redusere forekomsten av tvang. Men ved en slik tilnærming vil det på den andre siden kunne komme på kanten med pasientens selvbestemmelsesrett, da realiteten er at pasienten fratas retten til å velge. Den samme studien beskriver også hvordan de ofte ruller på personalet ut i fra relasjonen mellom helsepersonell og pasient. Dersom en av de ansatte står ovenfor en situasjon som blir for vanskelig å håndtere, kan nøkkelen til suksess være å bytte personalet. Et slikt tiltak krever imidlertid allsidighet hos de som arbeider på sykehjemmet, samt ressurser som tid og kompetanse. Skovdahl og Berentsen (2014) anbefaler at personalet i etterkant av hendelser som oppleves vanskelig, bør reflektere og analysere situasjonen. Slike møter innad i personalgruppen, kan være hensiktsmessige for å finne gode løsninger ved fremtidige liknende situasjoner. Jeg mener i tillegg at det er viktig å inkludere deltidsansatte og ferievikarer i slike møter. Gjerberg et al. (2013) viser blant annet til at flere studier har avdekket at forekomsten av tvang øker i helgene og ferier, på grunn av at de ansatte (ferievikarer) da ikke kjenner pasientene godt nok. Med utgangspunkt i denne påstanden, mener jeg kan man forebygge tvang gjennom god opplæring av alle ansatte, ikke bare de faste.

#### 5.4 Når pasienten motsetter seg helsehjelp

Ifølge Skovdahl og Berentsen (2014) vil sykepleiere som jobber med denne pasientgruppen ofte komme over etiske problemstillinger i sin arbeidshverdag. Det er etisk vanskelig når pasienten motsetter seg helsehjelp som sykepleieren anser nødvendig, for eksempel hjelp til personlig hygiene. På den ene siden vet vi at dårlig hygiene kan resultere i infeksjoner (Holm et al., 2015, s. 739), og sykepleieren kan derfor argumentere med at det er uforsvarlig å ikke gripe inn. På den andre siden bør pasientens rett til å ta autonome beslutninger respekteres (Brinchmann, 2016). Slike problemstillinger setter prinsippene om velgjørenhet og autonomi opp mot hverandre, men verken sykepleiere eller annet helsepersonell har i utgangspunktet rett til å bestemme over pasientene. Likevel vil det noen ganger være forsvarlig å gripe inn, selv om dette vil innebære at pasienten fratras retten til selvbestemmelse. Dette kalles nødrettssituasjoner, og er aktuelt i de tilfellene hjelpen anses som påtrengende nødvendig;

*«Helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Med de begrensninger som følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9, skal nødvendig helsehjelp gis selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke, og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen.» (Helsepersonelloven, 1999, § 7).*

Ifølge Slettebø (2014) gir nødrett sykepleiere adgang til å handle mot pasientens ønske, med den forutsetning at situasjonen er akutt, og at behandlingen er nødvendig og til det beste for pasienten. Det gir imidlertid ikke sykepleiere rett til å opprettholde tiltak over lengre tid som er i mot pasientens vilje, som for eksempel å lure legemidler i pasienten på ulike måter. Artikkelen til Garden og Hauge (2012) trekker frem at sykepleierne i deres studie ser på bruk av tvang som et nødvendig sikkerhetstiltak for å beskytte pasienten, andre pasienter og de ansatte. Men som Skovdahl og Berentsen (2014) påpeker, er det ikke anledning å omgjøre tvang under nødrett til en normal løsning på det respektive problemet. Hvorvidt en person med demens er samtykkekompetent eller ikke, er vanskelig å avgjøre. Ifølge Molven (2016) kan samtykkekompetansen bortfalle på noen områder, men vedkommende kan fremdeles være i stand til å ta enkelte autonome valg. Hvilke valg pasienten er kompetent til å ta avhenger av flere faktorer, og Brinchmann (2016) sier at sykepleieren til en hver tid må vurdere pasientens evne til å ta beslutninger vedrørende valg. Vurderingene må basere seg på pasientens kunnskaper om aktuelle konsekvenser av valget vedkommende står ovenfor. Når det er sagt, trekker Skovdahl og Berentsen (2014) frem hvor viktig det er å tilrettelegge slik at pasienten får mulighet til å ta egne valg, for å ivareta pasienten rett til selvbestemmelse. Dersom sykepleieren fratras pasienten muligheten til å ta autonome valg, overkjøres pasienten. Det kan

det være «lett» for helsepersonell og pårørende å ta valg på vegne av det pasienten har uttrykket tidligere i livet. Det er likevel viktig å huske på at som alle andre mennesker, kan også mennesker med demens endre mening underveis (Skovdahl & Berentsen, 2014).

## **5.5 Konkrete tiltak**

Et tiltak som trekkes frem når pasienten motsetter hjelp til stell er ifølge Gjerberg et al. (2013) å prøve igjen senere. Gjennom for eksempel å tilby pasienten frokost før stell, har informantene opplevd å få til et samarbeid med pasienten i stellesituasjonen. Det kan være flere årsaker til at pasienten ikke ønsker å stelle seg, og Smit og Hvalvik (2015) har i studie funnet ut at pasienter med demens opplever frykt og tap av kontroll i stellesituasjoner, og reaksjonen på dette kan ende i at de motsetter seg handlingen. I tillegg til tiltaket som går ut på å prøve igjen senere, er det ifølge artikkelen viktig å kjenne til pasientens preferanser og deretter legge til rette for at pasientens ønsker og behov blir møtt.

### **5.5.1 Fleksibilitet**

Artikkelen til Gjerberg et al. (2013) trekker frem ulike alternativer til bruk av tvang. Et av tiltakene er å bruke sin fleksibilitet i samhandling med pasienten. Dette kan gjøres ved blant annet å bruke strategier der hovedfokuset er på pasienten, og i mindre grad på selve oppgaven som skal gjennomføres. Informantene i studien gjorde nettopp dette ved å flytte hovedfokuset fra oppgaven som skulle gjøres, gjennom å samtale med pasienten om det pasienten er opptatt av. Artikkelen trekker frem at de som lykkes med denne metoden, som regel har gode fagkunnskaper og godt kjennskap til den aktuelle pasienten. Egede-Nissen et al. (2012) understøtter også hvor viktig fleksibilitet er. Informantene i deres studie la vekt på pasientens rett til selvbestemmelse ved å møte pasientens ønsker. De velger å være fleksible i forhold til når morgenstellet skal gjennomføres, og dersom pasienten motsetter seg stell, prøver de heller igjen senere.

### **5.5.2 Forsøke på nytt på et senere tidspunkt**

Ifølge informantene i artikkelen til Gjerberg et al. (2013) er et av alternativene å erkjenne pasientens motstand, og vente til et senere tidspunkt før en igjen forsøker å gjennomføre handlingen. Det handler primært om å ikke gi opp, og samtidig ikke gå inn i en kamp med pasienten hver gang vedkommende motsetter seg de tiltakene som skal gjennomføres. I og med at demenssykdommen i seg selv reduserer personens hukommelse, kan det være tilstrekkelig å

forsøke igjen noen minutter senere. For noen kan det å spise frokost og ta seg en kopp kaffe før morgenstellet, være avgjørende for at vedkommende skal ha energi til å dusje. Gjennom å la pasienten selv få legge opp en del av dagen, kan man av erfaringer oppnå et positivt resultat, både for pasienten og personalet. Dette er imidlertid avhengig av allsidighet fra personalets side.

### **5.5.3 En-til-en**

Noen mennesker med demens vandrer mye og det kan skape frykt i personalgruppen. Jeg har selv erfaring med at pasienter har «rømt» fra sykehjemmet i håp om å finne veien hjem til sitt tidligere bosted. Gjerberg et al. (2013) trekker frem noen metoder for å redusere vandringen, uten å «låse» pasienten fast i rullestol eller liknende. Gjennom å følge pasienten på deres vandring, uavhengig av hva dette måtte innebære, kan man oppleve å skape en relasjon. Men denne type tiltak krever ressurser, god bemanning og tid. Garden og Hauge (2012) beskriver i sin studie hvordan trange rammer påvirker sykepleierens mulighet til å være fleksibel. På et av sykehjemmene jeg selv har jobbet, hadde vi faste dager hvor vi gikk på tur med enkelte av pasientene. Det vil si at vi rullerte på å gå lengre turer med de beboerne som hadde mest behov for å bevege på seg. Etter slike turer ble gjerne pasientene roligere og mer samarbeidsvillig, men det krevde mye av de ansatte. Vi måtte være fleksible og vi måtte være sikre på at de som ble igjen på institusjonen hadde forutsetninger for å klare seg med mindre bemanning. Hvorvidt det er gjennomførbart på et hvert sykehjem er jeg usikker på, men det er verdt å ta det med som et alternativt forslag da det gjennom egen erfaring synes å være et effektivt tiltak.

## 6 Avslutning

I denne oppgaven har jeg drøftet problemstillingen: *Hvordan kan sykepleieren ved hjelp av personsentrert omsorg bidra til å forebygge bruk av tvang på sykehjem?* Gjennom arbeid med temaet har jeg fått en forståelse av omfanget av tvang, faktorer som kan føre til at tvang benyttes og tiltak som kan redusere bruk av tvang. Det har kommet frem av fag- og forskningslitteraturen at noen lykkes i å forebygge bruk av tvang, gjennom å benytte seg av personsentrert tilnærming. Likevel vil jeg påstå at det ikke finnes et fasitsvar på hvordan problemstillingen kan løses i praksis, nettopp fordi hvert enkelt menneske er unikt. Tiltak som fungerer i en situasjon, trenger nødvendigvis ikke å fungere i en annen. Men det faktum at personsentrert omsorg og tilnærming har en positiv effekt- er jeg ikke i tvil om.

I artiklene jeg har benyttet kommer det frem tiltak som *kan* bidra til å redusere tvang, og som derfor er viktig at sykepleiere kjenner til. Sykehjemets ressurser og de ansattes kompetanse trekkes frem som forutsetninger for å lykkes i det forebyggende arbeidet. Slik jeg ser det, er et godt samarbeid mellom de ansatte og ledelsen viktig. De ansattes opplevelse av både bemanning, miljø, ressurser og arbeidspress bør vektlegges, men det forutsetter at personalet evner å formidle hvordan de opplever sin arbeidshverdag. Videre er kunnskap om lovverket viktig for sykepleieren å kjenne til, da det vil være vanskelig å forebygge tvang uten å kjenne til rammene en må forholde seg til. Likeså er kunnskap om pasientgruppen nødvendig, for å forstå hva diagnosen medfører for personen som er rammet. God opplæring av personalet og kunnskapsutvikling på avdelingen bør prioriteres, og her spiller sykepleieren en viktig rolle. I artikkelen til Garden & Hauge (2012) trekkes de ansattes holdninger frem, deriblant hvordan personalet forholder seg til pasientgruppen. Min erfaring tilsier at når pasienten blir sett på som «tapt» eller «dement» fremfor et helhetlig unikt individ, kan dette påvirke omsorgen som ytes. På bakgrunn av dette er kjennskap til pasientens livshistorie av betydning, da det øker sykepleierens og annet helsepersonells forståelse av personen bak demenssykdommen. Dette støtter opp tanken bak personsentrert omsorg, der fokuset flyttes fra diagnosen til pasienten (Kitwood, 1999). Ved å benytte seg av en personsentrert demensomsorg, legger sykepleieren i større grad vekt på hvert enkelt individ. Det øker sykepleierens kunnskapsnivå om pasienten og dens ønsker og preferanser, slik at omsorgen og behandlingen som ytes kan tilpasses og tilrettelegges for den enkelte pasient (Skovdahl & Berentsen, 2014).

Etter å ha arbeidet med dette temaet over tid mener jeg det vil være nødvendig å prioritere arbeidet med å forebygge bruk av tvang mot denne pasientgruppen på sykehjem. Under arbeidet



har jeg blitt opplyst om tiltak, som jeg vil ta med meg videre inn i karrieren. Jeg har i tillegg fått en bedre forståelse av de ulike lovene, og hvordan disse sammen med etiske prinsipper bør styre utøvelsen av sykepleie. Dette er et viktig tema, som i større grad bør utforskes, slik at mennesker med demens får en verdig hverdag på sykehjem.

## Litteraturliste

- Aldring og helse. (2017). *Demens-Forekomst*. Hentet 30.11.17 fra <https://www.aldringoghelse.no/demens/forekomst>
- Bertelsen, A. K. (2016). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn & E. Bach- Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 321-343). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Brinchmann, B. S. (2016). De fire prinsippers etikk. I B. S Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 81-96). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brodtkorb, K. (2014). Stellet- mulighetens arena. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 174-183). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg, veien til bedre tjenester*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Egede-Nissen, V., Jakobsen, R., Sellevold, G. S. & Sørli, V. (2013). Time ethics for persons with dementia in care homes. *Nursing Ethics*, 20(1), 51-60.  
doi:10.1177/0969733012448968
- Eide, H. & Eide, T. (2017) *Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.) Oslo: Gyldendal akademisk
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (Red.). (2009). *Lærebok demens, fakta og utfordringer* (5. utg.). Tønsberg: Aldring og helse forlaget.
- Garden, M. & Hauge, S. (2012). The battle for beneficence - Nurses'experience of the use of coercion in dementia care. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård I Norden*, 32(4), 18-22.  
Permalink:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=104205282>
- Gjerberg, E., Hem, M. H., Førde, R. & Pedersen, R. (2013). How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 20(6), 632-644.  
doi:10.1177/0969733012473012
- Gjerberg, E., Lillemoen, L., Pedersen, R. & Førde, R. (2015). Coercion in nursing homes. *Nursing Ethics*, 23(3), 253-264. doi:10.1177/0969733014564907
- Grov, E. K. & Holter, I. M. (2015). Pasientens grunnleggende behov. I E. K. Grov, & I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken 1. Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 261). Oslo: Cappelen Damm akademisk
- Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 265-283). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Helsedirektoratet. (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer. Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient og brukerrettigheter*. (Rundskriv IS.8/2015). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/945/IS%208%202015%200%20Rundskrivpasientogbrukerrettighetsloven.pdf>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2015 «Den gode dagen»*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan\\_2015/Demensplan2015.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan_2015/Demensplan2015.pdf)
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni nr. 30. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr. 64. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Holm, S. G., Hartvigsen, T. A., Sjølie, B. M., & Solbakken, R. (2015). Hud og vev. I E. K. Grov, & I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken 1. Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 738-775). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Johnsen, L. & Smebye, K. L. (2008). Bruk av tvang i demensomsorgen. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens. Møte og samhandling* (2. utg., s. 207-231). Oslo: Akribe
- Kirkevold, M. (2014a). Den gamles integritet. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 94-105). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, M. (2014b). Personsentrert og individualisert sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (2. utg., s. 106-121). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens- personen kommer i første rekke*. København: Munksgaard Danmark
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A., & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? Sykepleie- fag og funksjoner. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E-A Skaug. & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1*. (3. utg., s. 15-27). Oslo: Gyldendal akademisk
- Lejman, E., Westerbotn, M., Pöder, U. & Wadensten, B. (2013). The ethics of coercive treatment of people with dementia. *Nursing Ethics*, 20(3), 248-262. doi:10.1177/0969733012463721
- Molven, O. (2015). *Helse og jus* (8. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Norsk sykepleierforbund (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

- Nortvedt, P. (2016) *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Rokstad, A. M. M. (2008). Forståelse som grunnlag for samhandling. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens. Møte og samhandling* (2. utg., s. 60-86). Oslo: Akribe
- Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er- Personsentret omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Skovdahl, K. & Berentsen, V. D. (2014). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 408-437). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Slettebø, Å. (2014). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 212-224). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Smit, J. A. & Hvalvik, S. (2015). Makt og tvang i stellesituasjoner. *Geriatrisk sykepleie i sykepleien*, 7(2), 6-13. Link: [https://sykepleien.no/sites/default/files/gs\\_0215.pdf](https://sykepleien.no/sites/default/files/gs_0215.pdf)
- Snelvedt, T. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 97-113). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget AS.