



Temaet for bacheloroppgaven er tvang og makt i sykehjem.

Hvilke erfaringer har sykepleiere med å begrense bruk av tvang og makt under stell slik at verdighet og integritet til pasienten med demenssykdom ivaretas?

Kandidatnummer: 240
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i Emne 14

Antall ord: 8927
Dato:14.04.2020

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 14.04.2020
Tittel: Temaet for bacheloroppgaven er tvang og makt i sykehjem.	
<p><u>Problemstilling:</u> <i>Hvilke erfaringer har sykepleiere med å begrense bruk av tvang og makt under stell slik at verdighet og integritet til pasienten med demenssykdom ivaretas?</i></p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> I oppgaven presenteres teori om demenssykdom, yrkesetiske retningslinjer og de fire prinsippers etikk, juridiske rammer, sykepleierens funksjonsområde og personsentrert omsorg. Kari Martinsens omsorgsteori benyttes som sykepleieteoretisk referanseramme.</p> <p><u>Metode:</u> Det er en litterær oppgave hvor det blir anvendt allerede eksisterende forskning og faglitteratur, samt lovverk og forskrifter. Det er valgt å bruke kvalitativ forskning for å besvare problemstillingen. Forskningsartiklene er funnet gjennom databasene Cinahl og Svemed+. Søkeordene var «Coercion» AND «Dementia», og «Tvang» OG «Demens».</p> <p><u>Drøfting:</u> Følgende punkter drøftes opp mot sykepleierens erfaringer med å begrense bruk av tvang og makt, samt ivareta verdighet og integritet: omsorgens moralske dimensjon, omsorgens relasjonelle dimensjon, omsorgens praktiske dimensjon og ivaretakende pleiemiljø.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Tid, kompetanse, ressurser, tillitsfull relasjon, individualisert sykepleie, kjennskap til pasientens livshistorie og å se pasienten som enkelt individ er viktig for å begrense bruk av tvang og makt og for å ivareta pasientens verdighet og integritet.</p>	

(Totalt antall ord: 187)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Oppgavens formål.....	2
1.2	Presentasjon av problemstilling	2
1.3	Begrepsavklaring	2
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag	4
2.1	Demenssykdom	4
2.1.1	Kognitive symptomer.....	4
2.1.2	Atferdsmessige symptomer.....	5
2.2	Yrkesetiske retningslinjer og de fire prinsippers etikk.....	6
2.3	Juridiske rammer	7
2.4	Sykepleierens funksjonsområde.....	8
2.5	Personsentrert omsorg	9
2.6	Kari Martinsen omsorgsteori	10
2.6.1	Omsorgsbegrepets tre dimensjoner	10
2.6.2	Makt	12
3	Metode	14
3.1	Den litterære oppgaven	14
3.2	Søkehistorikk	14
3.3	Oversikt over litteratursøk	15
3.4	Kildekritikk.....	16
4	Presentasjon av forskningsresultatene	18
4.1	Tabell 2 – Artikkelmatrise	18
5	Diskusjon	20
5.1	Omsorgens moralske dimensjon.	20
5.2	Omsorgens relasjonelle dimensjon.....	22
5.3	Omsorgens praktiske dimensjon.....	25
5.4	Ivaretagende pleiemiljø.....	27
6	Konklusjon	30
7	Referanseliste	31

1 Innledning

«De glemmer det som har skjedd om fem minutter, men følelsen sitter i kroppen! De husker at noe gikk feil, at noen gikk i mot deres vilje, men de husker ikke hva det var. Men faktisk: dagen er ødelagt for den som blir presset, som blir tvunget» (Garden & Hauge, 2012, s. 20).

I Norge har trolig mellom 80 000-100 000 personer demenssykdom, og antallet øker med antall eldre (Folkehelseinstituttet, 2019). Ca. 45% av pasientene ved skjermede avdelinger på sykehjem blir utsatt for tvang hver uke, og det skjer ofte under hjelp til personlighygiene (NSF, 2014). I 2015 hadde Oslo kommune tilsammen 118 tvangsvedtak på sykehjem, der 45 av vedtakene omhandlet behandling og pleie som hjelp til personlighygiene (Legeforeningen, 2016).

Aftenposten (2013) skriver at helsepersonell er usikre på grensene for bruk av tvang, spesielt under stellesituasjonen. Det fortelles om etiske dilemmaer der pasienten er innsmurt i urin og avføring, men nekter hjelp til vask. Aftenposten (2013) skriver videre om en undersøkelse gjort av helsetilsynet hvor det i 89 av 103 kommuner ble påvist avvik fra regelverket om pasienter uten samtykkekompetanse, som motsatte seg hjelp, fikk nødvendig og forsvarlig helsehjelp.

Studien til Pedersen, Hem, Gjerberg og Førde (2013) viste at det både er vanlig og utfordrende med tvang i sykehjem. Det skrives om tvangslovhjemlene som kom i 2009, og at det er usikkerhet rundt det nye lovverket i tillegg til urealistiske krav. Resultatene viste mye bruk av tvang, men få tvangsvedtak. Situasjoner der tvang ble brukt var når pasienten viste motstand, som under stell. Situasjoner der tvang ble benyttet uten å være lovhemlet, var blant annet tvang som følge av mangel på ressurser, tvang som ikke tilfredstilte formelle krav, tvang som ikke var helsehjelp og tvang som ikke var nødvendig helsehjelp eller den beste løsningen for pasienten.

Fra egen praksiserfaring har det vært flere situasjoner der pasienter med demenssykdom utsettes for bruk av tvang og makt under stell. Til tross for at pasienten etter stell i flere tilfeller er fornøyd, er det opplevd at pasienten opplever krenkelse av verdighet og integritet i slike situasjoner.

1.1 Oppgavens formål

Formålet med oppgaven er å finne kunnskap om hvordan bruk tvang og makt kan begrenses i demensomsorgen, videre innhente kunnskap om sykepleieres erfaringer med tiltak som er forsøkt for å unngå bruk av tvang og makt.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvilke erfaringer har sykepleiere med å begrense bruk av tvang og makt under stell slik at verdighet og integritet til pasienten med demenssykdom ivaretas?

Den avgrenses til å omhandle pasienter med alvorlig grad av demenssykdom uten samtykkekompetanse, som bor i tilpasset sykehjemsavdeling. Pasienter med alvorlig demenssykdom har behov for bistand til personlig hygiene, men kan motsette seg helsehjelp (Skovdahl & Berentsen, 2014). I oppgaven fokuseres det på hvilke erfaringer sykepleiere har med ulike tiltak for å redusere bruk av tvang og makt, selv om pasienten motsetter seg helsehjelp.

Det er valgt ikke å utdype ulike demenssykdommer. Oppgaven fokuserer på symptomer som oppstår ved alvorlig grad av demenssykdom og som kan ha innvirkning på stellet.

1.3 Begrepsavklaring

Verdighet: Nært tilknyttet svake pasientgrupper, som mottar sykepleie. Det er et objektivt fenomen i forhold til den iboende verdigheten i det å være menneske, og et subjektivt fenomen i forhold til pasientens opplevelse av sin verdighet. For å føle verdighet må sykepleieren behandle pasienten med verdighet (Kristoffersen, 2016).

Integritet: Å være hel og uskadd. Ved helsefremmende og forebyggende sykepleie er målet å ivareta pasientens integritet. Det innebærer i denne oppgaven å ivareta pasientens kroppslige og personlige integritet (Kirkevold, 2014).

Tvang: Behandling og pleie skal skje frivillig, og helsehjelpen skal ivareta pasientens fysiske og psykiske integritet. Tvang er tiltak som pasienten motsetter seg, men kan skje ved særskilte

lovverk. Tvang kan benyttes dersom det er nødvendig helsehjelp slik at helseskade forebygges (Ingstad, 2013).

Makt: Sykepleieren har en maktposisjon overfor pasienten grunnet sin kunnskap og posisjon. Makt kan defineres som å påtvinge andre en atferd, til tross for motstand fra omgivelsene. Bruk av makt forutsetter at det brukes på en måte som er til det beste for pasienten, og kan være nødvendig for god sykepleie (Ingstad, 2013).

Demenssykdom: Begrepet vil bli belyst i kapittel 2.

Stell: Har en praktisk-teknisk hensikt, hvor metode og fremgangsmåte er viktig. Sykepleieren må vurdere hva som bør gjøres i hvert enkelt tilfelle. Det skal tas hensyn til hygiene, hensiktsmessig rekkefølge i stellet, disponibel tid og pasientens tilstand. Stellet skal utføres på en måte som ivaretar pasientens integritet og i samarbeid med pasienten dersom det er mulig (Brodtkorb, 2014).

Sykehjem: Tilbud om heldøgns helse- og omsorgstjenester hvor de aller fleste er over 67 år. Der skal pasienten motta god kvalitativ og individuelt tilpasset sykepleie og omsorg. Sykepleieren skal skape et dagligliv for pasienten som ivaretar deres vaner og preferanser, i tillegg til et godt og helsefremmende pleie- og omsorgstilbud til pasienten med redusert evne til å ivareta egne behov (Hauge, 2014).

Avdeling for personer med demenssykdom: Beregnet for pasienter med demenssykdom og utfordrende atferd. Avdelingen er tilrettelagt for å styrke pasientens mulighet til orientering og omsorg av personale (Hauge 2014).

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

Det utdypes motoriske, kognitive og atferdsmessige symptomer ved alvorlig grad av demenssykdom, som kan gjøre stellet utfordrende. Videre presenteres teori om etiske og juridiske rammer, sykepleiefaglig referanseramme og Kari Martinsens omsorgsteori.

2.1 Demenssykdom

Uavhengig av hvilken form for demenssykdom pasienten har, vil symptomene utvikle seg over tid og pasienten får et økende hjelpebehov og er til slutt avhengig av hjelp for å kunne mestre hverdagslivet (Skovdahl & Berentsen, 2014). Kognitiv svikt og progredierende handlingssvikt øker behovet for veiledning, og hjelp til ulike handlinger betydelig ved alvorlig demenssykdom (Rokstad, 2008). Funksjonsnedsettelsene utvikler seg med sykdommen (Skovdahl & Berentsen, 2014). Pasienter med demenssykdom kan få muskelstyringsproblemer med svikt i evnen til koordinering av bevegelser. Balansesvikt og evnen til hensiktsmessige bevegelser kan oppstå. Pasienten kan få problemer med å reise og sette seg. I løpet av demensutviklingen forekommer det også inkontinens (Rokstad, 2008).

2.1.1 Kognitive symptomer

Ved demenssykdom endres den kognitive funksjonen. Ved skader i hjernen der sanseintrykk oppfattes, vil pasienten få vansker med å oppfatte og ha forståelse for ord, objekter og handlinger. Dette vil kunne vanskeliggjøre tolkninger, som krever hukommelse og enkle handlinger kan bli vanskelig for pasienten å gjennomføre (Skovdahl & Berentsen, 2014). Korttidshukommelse er evnen til å huske det som skjedde 20 sekunder tidligere, og eksisterer ofte ikke ved alvorlig demenssykdom og langtidshukommelsen blir dårligere. Pasienten med alvorlig demenssykdom mangler evnen til planlegging (Skovdahl & Berentsen, 2014). Dette kan føre til handlingssvikt og pasienten kan få problemer med å sette flere handlinger sammen, som gjennomføring av stell (Rokstad, 2008).

Andre symptomer som etterhvert kan oppstå ved demenssykdom, er svekket oppmerksomhet og språkvansker. Dette kan påvirke pasientens evne til å følge med i en samtale og til å kunne tenke logisk, oppfatte det som blir sagt og uttrykke seg verbalt. Afasi ved demenssykdom kan gi utfordringer sosialt og for mestring i hverdagslivet. Dette kan påvirke selvfølelsen og føre til ønske om å gi opp, da det er vanskelig å uttrykke seg og å forstå (Skovdahl & Berentsen, 2014).

Ved demensutvikling oppstår det visuokonstruktiv svikt, som handler om at avstandsberegningen svekkes og orientering i rom kan bli vanskelig (Skovdahl & Berentsen, 2014). Agnosi er når pasienten har vansker for å gjenkjenne gjenstander og lyder til tross for intakte sanser og oppmerksomhet. Det blir vanskelig å forstå sanseinntrykkene. Dette kan gjøre det vanskelig for pasienten å finne toalettet, forstå hva det er og hvordan det brukes (Skovdahl & Berentsen, 2014).

Apraksi beskrives som handlingssvikt, og er et annet vanlig symptom ved demensutvikling. Det kan bli vanskelig å gjennomføre handlingene i logisk rekkefølge. Pasienten kan ha vansker med å pusse tennene på kommando, men kan gjøre dette spontant i en annen situasjon. Evnen til å bruke gjenstander riktig kan svekkes, som ved at pasienten bruker kammen til å pusse tennene (Skovdahl & Berentsen, 2014).

2.1.2 Atferdsmessige symptomer

Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer som angst og agitasjon er vanlig ved alle demenstyper. Noen pasienter med angst kan være redde for å være alene. Ved situasjonsbetinget angst, er det ofte usikkerhet rundt personalet eller situasjonen som er utløser, og pasienten kan for eksempel ha angst for å dusje (Skovdahl & Berentsen, 2014). Angst hos pasienter med demenssykdom kan føre til en økende grad av avhengighet fra sykepleieren. Det kan oppstå en panikkliknende angst dersom pasienten ikke forstår hva som skjer rundt seg, som videre kan føre til agitasjon (Rokstad, 2008).

Agitasjon kan uttrykkes verbalt og fysisk. Det kan være et tegn på misnøye, og utfordringen blir da å finne årsaken til misnøyen. Roping eller vandring kan være tegn på agitasjon (Skovdahl & Berentsen, 2014). Det blir viktig å danne seg en forståelse av de bakenforliggende årsakene til den utfordrende atferden. Tendensen til irritabilitet øker også ved demenssykdom og kan oppleves utfordrende (Rokstad, 2008).

2.2 Yrkesetiske retningslinjer og de fire prinsippers etikk

Sykepleieres yrkesetiske retningslinjer baseres på omsorg, barmhjertighet og respekt for de grunnleggende menneskerettighetene. Dette understøtter sykepleieres plikt til å fremme helse og forebygge sykdom (Sneltvedt, 2016).

Sykepleie handler om å respektere hvert enkelt menneskets liv, og den iboende verdigheten. De yrkesetiske retningslinjene omhandler sykepleierens personlige ansvar for egen praksis, som at den er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Sykepleieren må vite hvilke oppgaver som er innenfor egen kompetanse, og søke veiledning der kompetansen ikke er tilstede (Sneltvedt, 2016). Sykepleieren skal ivareta pasientens verdighet, integritet og pasientens rett til faglig forsvarlig sykepleie og omsorgsfull hjelp. Sykepleien skal fremme helse og forebygge sykdom. Pasientens behov for helhetlig omsorg er også beskrevet i de yrkesetiske retningslinjer. Det samme er unødvendig og ulovlig bruk av tvang. Sykepleieren skal beskytte pasienten mot dette. Sykepleien som utføres skal være omsorgsfull (Sneltvedt, 2016).

Omsorgsfull hjelp utøves på bakgrunn av teoretisk, etisk og erfaringsbasert kunnskap. Stellet kan oppleves krenkende for pasienten dersom sykepleieren ikke har faglig innsikt om kropp, funksjon og sykdom. Utøvelse av forsvarlig morgenstell må ivareta respekt for pasienten, slik at det oppleves omsorgsfullt og omsorgen må være basert på faglig kunnskap om hygiene og etikk (Tønnessen, 2016).

Sykepleie skal være etikkbasert og til pasientens eget beste. Flere av punktene i de yrkesetiske retningslinjene er åpne for tolkninger og vurderinger, men kan i noen situasjoner være en konkret veileder. Det åpnes for refleksjon da retningslinjene ikke er bestemte handlingsregler. Sykepleierens egne verdier og erfaringer kan påvirke handlingene og vurderingene som gjøres (Molven, 2016).

De fire prinsippers etikk beskrives i Brinchmann (2016), og er et etisk rammeverk bestående av prinsippene velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. Velgjørenhetsprinsippet og ikke skadepriippet er viktig for at sykepleieren skal gjøre det beste for pasienten og beskytte mot omsorg som kan gjøre skade både fysisk og psykisk. Autonomiprinsippet handler om å respektere pasientens rett til medvirkning. Rettferdighetsprinsippet handler om at like tilfeller skal behandles likt og at ressursene skal fordeles rettferdig. Prinsippene kan avvike i spesielle situasjoner, og må veies opp mot hverandre. Dersom en situasjon avviker fra prinsippene, må det tilstrebes at konsekvensene blir minst mulig (Brinchmann, 2016).

2.3 Juridiske rammer

Det finnes mange helselover, som regulerer pasientens rettigheter og sykepleierens faglige arbeid. Sykepleieren må følge de rammene for lover og forskrifter som er bestemt for utøvelse av sykepleie (Molven, 2016).

Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) omhandler pasientens rettigheter til helsetjenester. Loven skal bidra til å ivareta pasientens integritet og respekten for pasientens liv, samt fremme tillitsforholdet mellom pasient og sykepleier. Kapittel 3 omhandler rett til medvirkning og informasjon, og § 3-5 presiserer at informasjonens form skal tilpasses pasientens forutsetninger for mottakelse og gis på en hensynsfull måte samt sikre så langt som mulig at det er forstått. Kapittel 4 går ut på samtykke til helsehjelp. Hovedregelen om samtykke står i §4-1, der pasienten må samtykke til helsehjelp med mindre det foreligger et rettsgrunnlag for å gi dette uten samtykke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001).

Kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven (2001) omhandler pasienten uten samtykkekompetanse, som motsetter seg helsehjelp. Tvang skal forebygges og begrenses, men nødvendig helsehjelp skal ytes for å hindre helseskade. Det vektlegges i loven at tillitsskapende tiltak skal være forsøkt med mindre dette er hensiktsløst, før det ytes helsehjelp med tvang mot pasientens ønske. Det kan fattes vedtak om tvang ved helsehjelp etter §4A-3, når pasienten opprettholder sin motstand, det kan oppstå vesentlig helseskade dersom helsehjelpen ikke gis og helsehjelpen anses som nødvendig. Dersom disse vilkårene er oppfylt, kan helsehjelpen etter §4A-4 gjennomføres med tvang. Helsepersonellet som er ansvarlig for helsehjelpen pasienten motsetter seg, skal treffe vedtaket etter §4A-5.

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) er en annen viktig lov der formålet er å ivareta pasientens integritet og verdighet ved tjenestetilbud. Kommunene er ansvarlige for at nødvendige helse- og omsorgstjenester tilbys pasienter som bor i kommunen etter §3-1. Videre plikter kommunene etter §4-1 at tjenester er forsvarlige. Virksomheten har etter §4-2 plikt til kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Kommunen plikter etter §8-1 å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell.

Helsepersonelloven (1999) skal sikre at pasienten har tillit til helsepersonell, og sikre kvaliteten på tjenestene som utføres. Tjenestene som helsepersonell utfører skal etter §4 være i samsvar med faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Ved utøvelse av faglig forsvarlig

sykepleie skal pasienten beskyttes mot uønsket og unnlattelse av handlinger. Sykepleien som ytes, skal være etter pasientens behov. Dette knyttes både til respekt og omtanke for pasienten samt kvaliteten på helsehjelpen (Flovik & Rokseth, 2015). §16 i helsepersonelloven (1999) omhandler kravene til organisering av virksomheten. Virksomheten skal sørge for tilstrekkelige personal-ressurser med nødvendige kvalifikasjoner. Formålet med loven er å sikre helsepersonellens arbeidsforhold, som gjør at faglig forsvarlig helsehjelp kan gis (Helsedirektoratet 2018). Kapittel 8 i helsepersonelloven (1999) omhandler dokumentasjonsplikt, og helsepersonellens plikt til å føre journal etter §39. Journalens innhold skal etter §40 inneholde relevante og nødvendige opplysninger. Dette kan være avgjørende for at pasienten får tilpasset og riktig oppfølging.

I forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (1988) har pasienter på sykehjem blant annet rett til et tilstrekkelig antall personell for å sikres nødvendig omsorg og bistand etter §3-2. Videre at det etter §3-3 ikke skal brukes tvangstiltak på sykehjem, men kan benyttes beskyttelsestiltak ved behov.

Verdighetsgarantien (2010) er forskriften om verdig eldreomsorg. Den skal bidra til å sikre en verdig, trygg og meningsfull alderdom. Pasienten skal få tilrettelagt for et verdig liv basert på sine individuelle behov, møtes med respekt for egenverd, livsførsel og få dekket sitt medisinske behov. Det innebærer blant annet nødvendig hjelp til personlig hygiene med faglig forsvarlig oppfølging av helsepersonell (Verdighetsgarantien, 2010).

2.4 Sykepleierens funksjonsområde

Forebyggende arbeid deles inn i sykepleierens helsefremmende- og forebyggende funksjon. Sykdomsforebygging kan defineres som å hindre eller forsinke sykdomsutvikling og minske konsekvenser og følgetilstander av sykdommen. Ved sykdomsforebyggende arbeid er eliminering av risikofaktorer viktig, ved helsefremmende arbeid skal faktorer som kan styrke pasientens mestringsressurser påvirkes positivt. Uavhengig av pasientens situasjon er helsefremming alltid viktig (Kristoffersen, 2016).

Helsefremming skjer ved at sykepleieren øker kontrollen over faktorer som påvirker pasientens helse (Kristoffersen, 2016). Helsefremming handler om å fremme helse og velvære, og å ivareta pasientens personlige ressurser (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug &

Grimsbø). Det kan være evnen til å bidra med noe i morgenstellet ved hjelp av god veiledning og tilrettelegging. Dersom pasienten på denne måten opplever økt kontroll over morgenstellet, kan dette virke inn på og bedre pasientens opplevelse av helse, og være helsefremmende (Kristoffersen, 2016).

Den forebyggende funksjonen kan deles inn i primær, sekundær og tertiærforebyggende arbeid. Tertiærforebyggende arbeid er relevant for pasienten med alvorlig demenssykdom, som motsetter seg hjelp. Det handler om å hindre komplikasjoner av sykdom og forverret helsetilstand i tillegg til å hindre at nye helseproblemer oppstår hos utsatte personer (Kristoffersen, et.al., 2016). Det fokuseres på pasienter med kronisk sykdom eller helsesvikt, og eksempler på dette kan være å observere pasientens hud etter sår på utsatte steder. Ved å bistå pasienten til personlig hygiene kan infeksjoner og sår forebygges (Nortvedt & Grønseth, 2016).

2.5 Personsentrert omsorg

De underbyggende prinsippene for personsentrert omsorg handler om å behandle pasienten som enkeltperson, respektere dennes rettigheter, bygge opp en gjensidig tillit og forstå og utvikle en terapeutisk relasjon (McCormack, Karlsson, Dewing & Lerdal, 2010). Ved pleie og omsorg for pasienten med demenssykdom, legger Tom Kitwood til grunn at sykepleieren må anerkjenne pasientens egen personlighet og særegne livshistorie. Dette er mennesker som har fått en sykdom, de er ikke sykdommen sin (Kitwood, referert i Thorsen, 2014, s.69). Ved personsentrert omsorg verdsettes pasienten med demenssykdom. Pasienten skal gjennom hele sykdomsforløpet møtes med gode holdninger, som et fullverdig medlem av samfunnet (Rokstad, 2014). Sykepleieren har en viktig rolle i å kartlegge og observere pasientens atferd. På denne måten kan sykepleieren finne ut årsaken til den utfordrende atferden. Utfordrende atferd kan være knyttet til ulike situasjoner med følelsen av trussel, krenkelse eller tvang. Pasienter med alvorlig grad av demenssykdom har en bevart selvfølelse (Skovdahl & Berentsen, 2014).

I studien til McCormack, et.al. (2010) ble modellen «The person-centred nursing framework» brukt, som skal bidra til å øke effekten av implementering av personsentrert omsorg. Modellen består først av «forutsetninger» for personsentrert omsorg, som omhandler

sykepleierens kompetanse, som innebærer mellommenneskelige ferdigheter. Deretter kommer «pleiemiljøet», som omhandler konteksten sykepleien utføres i. Videre i modellen er «personsentrert omsorgsprosess». Denne prosessen fokuserer på omsorg ved å inkludere og jobbe med pasienten, deres tro og verdier, ha sympati og tilstedeværelse, dele beslutninger og sørge for å dekke pasientens fysiske behov. Ved utøvelse av helhetlig omsorg er den fysiske pleien kjernen i sykepleie og gjenspeiler essensen av sykepleien som et hjelpeforhold. Mye av den personsentrerte omsorgen oppnås ofte under prosessen ved å dekke pasientens fysiske behov. Fysisk omsorg er en måte å oppnå personsentrert omsorg på (McCormack & McCance, 2010). Til slutt i modellen «The person-centred nursing framework» kommer «utfall», der resultatene av sykepleien innebærer tilfredsstillende, involvering, følelse av velvære og om det er skapt et terapeutisk miljø. For et positivt utfall både for pasienten og sykepleieren, er det nødvendig å ta hensyn til pasientens forutsetninger og pleiemiljøet, slik at den personsentrerte omsorgen blir effektiv (McCormack, et.al., (2010). For at sykepleieren skal kunne utføre personsentrert omsorg er det behov for kultur der personalet ønsker å lære og forbedre sin kompetanse, og tilstrekkelig ansatte, som innehar nødvendige ferdigheter (McCormack & McCance, 2010).

2.6 Kari Martinsen omsorgsteori

Martinsen (1989) tar i sin teori avstand fra egenomsorgstenkning i sykepleie. Dette begrunnes med at store pasientgrupper sykepleieren yter omsorg for, ikke vil gjenvinne uavhengighet, funksjonsdyktighet og egenomsorg. Hun beskriver vedlikeholdsomsorgen som omsorg der målet er å bevare et visst funksjonsnivå, og unngå forverring. Omsorgen sykepleieren gir skal være knyttet til pasientens subjektive og individuelle opplevelse. Det er av stor betydning hvordan pasienten opplever sin situasjon (Martinsen, referert i Kristoffersen, 2016, s. 53-58).

2.6.1 Omsorgsbegrepets tre dimensjoner

Omsorgsbegrepet består av tre dimensjoner. Den moralske, relasjonelle og praktiske. I en konkret situasjon vil disse dimensjonene flyte inn i hverandre (Martinsen, referert i Kristoffersen, 2016, s. 60).

Sykepleieren må læres til å handle moralsk. Omsorg og moral er nært knyttet sammen. Moralens teori omtales ofte som etikk, og er dermed grunnlaget for gode, moralske handlinger. Sykepleieren står ofte i den moralske utfordringen om å handle til det beste for pasienten (Martinsen, referert i Kristoffersen, 2016, s. 62-63). Moralen har ifølge Martinsen

(1993) to sider, som betegnes som spontanitet og norm. Den spontane moralen er den primære, og går utpå uegennyttig gjensidighet. Det kan være handlinger som gir noe til et menneske, uten at man er klar over det. Normmoralen viser til regler og prinsipper, og bruker ikke skjønn. Det kan være handlinger du gjør mot andre etter eget ønske, hvor Martinsen fremhever den gyldne regelen hvor du skal være mot andre, slik du ønsker andre skal være mot deg. I sykepleiesituasjoner kan det være behov for bruk av normmoral, fagligskjønn og vurderinger. Spontan- og normmoral spiller på linje med hverandre i god sykepleie (Martinsen, 1993).

Omsorg som relasjonelt begrep betyr at vi er avhengige av hverandre (Martinsen, 1989). Relasjoner er essensielt i Martinsens verdioppfatning av menneskelivet. Menneskers liv er forbundet med andre menneskers liv, og mennesker er av den grunn er avhengig av hverandre. Avhengigheten blir tydelig ved sykdom og funksjonstap (Martinsen, referert i Kristoffersen, 2016, s. 56). Martinsen (1989) beskriver at avhengighet og det å ikke være selvhjulpen kan bli sett på som noe negativt, som kan føre til lav selvspekt. En sentral verdi er å klare seg selv og være uavhengig. Egen mestringsevne viser seg å være viktig for positiv selvvurdering. Avhengighet har en sammenheng med omsorg, og det består i at pasienten ikke er selvhjulpen.

Ved yrkesmessig omsorg i sykepleie er det en relasjon mellom pasient og sykepleier. Sykepleieren må sette seg inn i pasientens situasjon, slik at den forpliktete omsorgen kan ytes etter pasientens behov. Pasienten overlater mye til sykepleieren, og forventer å bli ivaretatt (Martinsen, referert i Kristoffersen, 2016, s. 61). Hjelpen som gis begrunnes ikke utfra forventet resultat, men avhenger av pasientens helsetilstand. Dette viser til den generaliserte gjensidigheten. Sykepleieren er forpliktet til å gi fremfor å motta. Relasjonen mellom sykepleier og pasient skal baseres på at sykepleieren ikke forventer noe tilbake eller forventer et resultat. Hjelpen kan ikke baseres på en likeverdig gi-og-ta relasjon, ved hjelp til pasientens gjøremål og utfordringer (Martinsen, 1989).

Martinsen (1990) beskriver at tillit tilhører hverdagen og oppstår automatisk mellom mennesker. Dersom det oppstår mistillit er det som regel utfra særlige grunner, og tillit mangler. Ved å vise tillit, utleverer mennesker seg og ønsker å imøtekommes. Ved samtaler og gjennom holdninger, er tillit fundamentalt. Tillit kan misbrukes dersom utlevertheten ikke imøtekommes, og sykepleier er likegyldig. Individuelle og strukturelle forhold kan bryte tillit.

Tillitt kan ikke regelfestes, men det finnes normer om å forhindre mistillit. For at pasienten skal våge å legge sine problemer i sykepleierens hånd, må sykepleieren vise seg verdig til mottagelse av dette. Sykepleieren må forsøke å finne den beste løsningen og være interessert i pasienten. Sykepleieren må være overbevisende om pålitelighet og engasjert i relasjonen. For å opprettholde tillitsforhold mellom sykepleier og pasient kreves det at sykepleieren evner å sette seg inn i pasientens situasjon (Martinsen, 1990).

Omsorgens praktiske dimensjon er i tillegg til en grunnholdning, også en praktisk handling (Martinsen, referert i Kristoffersen, 2016, s. 61-62). Egne erfaringer og kunnskap gjør det mulig å få forståelse for pasientens situasjon. Pasientens smerte kan ikke kjennes, men gjenkjennes. Fagkunnskapen i tillegg til erfaringer sykepleieren har, vil kunne sørge for at det ytes omsorgsfull og hensiktsmessig sykepleie. Det er viktig at pasienten opplever annerkjennelse, ikke umyndiggjøring, ved gjennomførelse av stell ved at sykepleieren gjør stellet trygt og kjent. Dette kan gjøres ved å vise pasienten kluten, som allerede er kjent fra pasientens dagligliv (Martinsen, 1989). Sykepleieren bør ha god situasjonsforståelse, noe som krever innsikt i pasientens livssituasjon, muligheter og begrensninger. Dette er viktig for å ivareta balansen mellom sykepleierens overtakelse og pasientens selvbestemmelse (Martinsen, 1993). Stort arbeidspress kan påvirke hvordan oppgavene blir utført og de forhåndsbestemte oppgavene blir gjort, uten å gi pasienten oppmerksomhet (Austgard, 2002).

2.6.2 Makt

Austgard (2002) beskriver maktbalansen som forskjøvet i relasjonen mellom sykepleieren og pasienten. Sykepleieren har ofte fagkunnskaper, som pasienten ikke har og får en faglig autoritet. Den profesjonelle hjelper den hjelpetrequende, og sykepleieren får mer makt over pasienten, enn pasienten har over sykepleieren. Det blir et asymmetrisk forhold. Makten sykepleieren har, basert på sine fagkunnskaper, er ønsket makt fra begge parter. Ofte mangler pasienten valgmuligheter, og er nødt til å la sykepleieren håndtere situasjonen. Sykepleieren skal bruke makten til å handle utfra hva som vurderes til det beste for pasienten (Austgard, 2002).

Svak paternalisme

Martinsen (1990) skriver to forutsetninger som er nødvendig ved tillitsforhold mellom sykepleier og pasient. Den første forutsetningen er at sykepleieren har nødvendig kunnskap til å vurdere og handle utfra hva som er til det beste for pasienten. Den andre forutsetningen er

svak paternalisme, som overordnes prinsippet om pasientens autonomi. Den faglig dyktige sykepleieren utøver omsorg utfra en autoritetsstruktur med svak paternalisme. Det er viktig at sykepleieren har tilstrekkelig kunnskap til å forstå mer enn pasienten, men først og fremst til å forstå det pasienten forstår. Handling innenfor en autoritetsstruktur med svak paternalisme, innebærer den faglige dyktige sykepleierens skjønn og instinktive bedømmelse av situasjonen. Sykepleieren skal gjøre pasientens situasjon best mulig. Dette kan imidlertid vurderes ulikt (Martinsen, 1990). Sykepleieren skal bruke faglig merforståelse til fordel for pasienten. Det kan være å involvere pasienten i beslutninger vedrøre pasienten, men også la det være når forutsetningene til å håndtere det mangler, eller pasienten ikke ønsker det. Sykepleieren skal utfra sin lyttende holdning la pasienten komme til sin rett, slik at verdighet og integritet bli ivaretatt (Martinsen, referert i Kristoffersen, 2016, s. 59-60).

3 Metode

3.1 Den litterære oppgaven

Dette er en litterær oppgave der det er utført litteratursøk for å undersøke og finne løsninger på allerede eksisterende problemer (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015). Relevant forskning blir formidlet gjennom denne oppgaven. I en litterær oppgave hentes det i tillegg til forskning også allerede eksisterende fagkunnskap og teori (Dalland, 2017). Det er anvendt pensumlitteratur, fagbøker, fagstoff fra nettsider, fagartikler, lovverk og forskrifter i tillegg til forskningsartikler. Litteraturen brukes til å drøfte problemstillingen. Det løftes også frem egne kliniske erfaringer.

I oppgaven er det valgt å anvende kvalitative forskningsartikler, da problemstillingen ønsker svar på sykepleierens erfaringer. Den kvalitative metoden fanger opp sykepleierens meninger og opplevelser (Dalland, 2012).

3.2 Søkehistorikk

For å finne relevant forskningslitteratur brukte jeg databasene Svemed+ og Cinahl. Dette er referansedatabaser, som dekker tidsskrifter innen sykepleie og helsefag. Jeg undersøkte også forskningsartikler i sykepleie forskning og søkemotoren Google Scholar. Ulike ord som jeg kombinerte når tematikken var bestemt var *coercion, dementia, personal care, hygiene, restraint physical, nursing homes, personal autonomy, nurse, nursing, dignity, time factors, aged, tvang, makt, verdighet, integritet og demensomsorg*. Disse ordene valgte jeg ut fra problemstillingen.

Litteratursøkene avgrenset jeg til ikke eldre enn 10 år og peer reviewed/fagfelleurdert. Jeg fant både kvalitative, kvantitative og mikset metode studier. Ved utforming av problemstillingen bestemte jeg at det ønskelige var å finne kvalitative studier. I Cinahl avgrenset jeg artiklene til «peer reviewed», «Qualitative – High Sensitivity», «Qualitative – High Specificity» og «Qualitative – Best balance». Ved utvelgelse av artiklene vurderte jeg om overskriften var aktuell for problemstillingen før jeg leste jeg abstraktet. Ved aktuell abstrakt, leste jeg forskningsartiklene for å se om de var god nok til å besvare problemstillingen. I litteratursøk fant jeg 5 artikler som var relevante for å belyse

problemstillingen fra ulike vinklinger. Det er også brukt tidligere pensum, tips fra lærerveileder, litteratursøk på skolebiblioteket og det er søkt på ulike nettsider.

3.3 Oversikt over litteratursøk

Nr.	Dato for søk	Database	Søkeord med kombinasjoner	Antall treff	Avgrensninger	Antall treff	Antall artikler valgt fra søk
1. Pleie og omsorg i grenseland mellom frivillighet og tvang.	12.12.19	Svemed+	«Tvang» OG «demens»	23	Publiseringsdato de siste 10 år. Norskspråklig. Peer reviewed tidsskrifter.	5	2
2. How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study.	10.12.19	Cinahl	«Coercion» AND «Dementia»	7	Publiseringsdato de siste 10 år. Engelskspråklig. «peer reviewed», «Qualitative – high sensitivity», «Qualitative – High Specificity» og «Qualitative – Best balance».	5	2
3. Kampen for pasientens beste – sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens.	12.12.19	Svemed+	«Tvang» OG «Demens»	23	Publiseringsdato de siste 10 år. Norskspråklig. Peer reviewed tidsskrifter.	5	2
4. The ethics of coercive treatment of people with dementia.	10.12.19	Cinahl	«Coercion» AND «Dementia»	7	Publiseringsdato de siste 10 år. Engelskspråklig. «peer reviewed», «Qualitative – high sensitivity», «Qualitative – High Specificity» og «Qualitative – Best balance».	5	2

5. Time ethics for persons with dementia in care homes	15.03.2020	Cinahl	«Time factors» AND «Dementia» AND «Nursing» AND «Aged».	168	Publiseringsdato de siste 10 år. Engelskspråklig. «peer reviewed», «Qualitative – high sensitivity», «Qualitative – High Specificity» og «Qualitative – Best balance».	44	1

3.4 Kildekritikk

Ved kildekritikk vurderes litteraturen som er benyttet om den er relevant, gyldig og holdbar (Dalland, 2012). Nettsidene som er anvendt er troverdige, anerkjente og relevant for en sykepleiefaglig oppgave. Fagstoffet på nettsidene belyser ulike sider av problemstillingen. Relevant litteratur og lovverk knyttet til problemstillingen er brukt. Aftenposten er en av nettsidene som er brukt, og kan være både en styrke og svakhet. Det er ikke objektivt og aftenpostens artikkel er fra 2013, men anses likevel som relevant for løfte frem temaet for oppgaven.

Pensumlitteraturen som er brukt er skrevet av kjente forfattere for sykepleiepensum. Noe av litteraturen jeg har valgt er eldre enn 10 år, men er fortsatt relevant. Martinsens teori er hentet fra primærkilder, men sees også i nyere litteratur hos Kristoffersen (2016), som også beskriver Martinsens teori med henvisning til eldre primærkilder. Kristoffersen (2016) er en sekundærkilde, men er valgt benyttet fordi det er nyere litteratur, og beskriver Martinsens teori på en god måte. Boka til Rokstad (2008) er benyttet til å skrive om demenssykdom da situasjonen med koronaviruset har ført til stengt bibliotek. Det ønskelige var å benytte boka «Demenssykdommer, diagnostikk og behandling» (Engedal, 2018), som var bestilt opp ekstra fra biblioteket til denne oppgaven, men skolen ble stengt før den kom inn.

Det kan tyde på at det er lite forskning på tvang i demensomsorgen, da resultatene etter søkeordene var få, til tross for å ha benyttet flere kombinasjoner med relevante ord for oppgavens tematikk. Likevel har de utvalgte artiklene varierte styrker, som kan besvare problemstillingen.

Med tanke på troverdighet og holdbarhet er artiklene godkjente, fagfellevurderte og publisert i anerkjente tidsskrifter. Det er benyttet intervju som metodisk tilnærming i alle artiklene, noe som får frem deltakernes erfaringer og synspunkter. I noen av artiklene er det få deltakere. De har imidlertid fått et rikt materiale med varierte erfaringer og synspunkter. Deltakerne i alle studiene er helsepersonell med erfaring fra demensomsorgen. Forskningsartikkel 1 og 2 har samme forfattere og er fra samme studie. Det kan det være en svakhet, fordi det bare er en studie, men artiklene har ulikt fokus. Det anses i denne oppgaven å være en styrke da forfatterne har mye kunnskap rundt fagfeltet. Kvantitative artikler kunne blitt brukt for å belyse flere sider av temaet, men anses ikke som nødvendig for oppgaven. Fire artikler er norske og en fra Sverige, noe som gjør resultatene aktuelle for det norske samfunnet. Det kan være en svakhet å kun velge skandinaviske artikler, men er en styrke fordi oppgaven omhandler tvang i norske sykehjem. Kunnskapen fra artiklene er overførbart til problemstillingen.

Det blir i drøftingen brukt noe egne erfaringer. Det sørges for at taushetsplikten overholdes, at alt er anonymisert og skrevet uten å krenke noen. Det henvises til referanser gjennom hele oppgaven.

4 Presentasjon av forskningsresultatene

Resultatene i artikkelen til Hem et.al. (2011) viser at grenselandet mellom frivillighet og tvang kan være utfordrende, og at noen ganger lykkes ikke sykepleieren med å unngå tvang. I Gjerberg et.al. (2013) forteller sykepleiere hvordan de kan skape en tillitsfull relasjon med pasienten. Garden & Hauge (2012) finner at det ofte er måten stellet gjøres på, og ikke situasjonen, som utløser utfordrende atferd og behov for tvang. I studien til Lejman et.al (2013) forklarer sykepleiere viktigheten med individuell tilpasset sykepleie og tid til pasienten. Egede-Nissen et.al (2012) finner at tid i møte med og sammen med pasienten kan redusere bruk av tvang.

4.1 Tabell 2 – Artikkelmatrise

Nr	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Resultater
1.	Marit Helene Hem, Elisabeth Gjerberg, Reidar Pedersen, Reidun Førde (2011).	<i>Pleie og omsorg i grenseland mellom frivillighet og tvang.</i>	Sykepleien forskning.	Fokusere på grenselandet mellom frivillighet og tvang i omsorg og pleie til personer med demens i sykehjem. Beskrive typiske situasjoner når omsorg og pleie skal gis til personer med demens som motsetter seg hjelp.	Artikkelen er basert på 11 fokusgruppeintervjuer med 60 pleiere på 5 sykehjem. Benyttet åpen form for analyse av det transkriberte datamaterialet.	Stell til pasienten med demenssykdom byr på utfordringer. Grensen mellom frivillighet og tvang er ofte uklar. Frivillige situasjoner kan raskt vippe over i tvang. Motstand kan ligge i måten ting gjøres på fremfor mot selve handlingen. Tillitsfull relasjon til pasienten er en måte å redusere tvang og øke frivillighet og samarbeid på.
2.	Elisabeth Gjerberg, Marit Helene Reidun Førde, Reidar Pedersen (2013).	<i>How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study.</i>	Nursing ethics.	Hvilke strategier og intervensjoner som sykepleiere i Norge bruker når pasienter nekter pleie og behandling og hvilke situasjoner de ansatte så på som nødvendig å lykkes i å unngå bruk av tvang.	Brukt 11 fokusgruppeintervju med 60 deltakere bestående av både sykepleiere og helsepersonell uten utdanning. Intervjuene baserte seg på hva slags tvang de ansatte hadde opplevd på jobb, deres syn på tvang og hva slags situasjoner som trigger bruk av tvang.	Resultatene viser at de ansatte bruker mye tid på ulike tilnærminger til pasienten for å unngå bruk av tvang. Tvang er siste utvei. Helsepersonellet følte til tider at de var nødt til å bruke tvang for nødvendig helsehjelp. Tiltakene som de ansatte i sykehjemmene så på som mest effektive for å unngå tvang var å være fleksibel, ikke gi for mange valg, men heller forklare hva som skjer og bruke enkelt språk. Kjennskap til pasienten og pasientens historie er viktig. I tillegg til ressurser som

						innebærer helsepersonellens kvalifikasjoner, erfaringer og antall ansatte på jobb.
3.	May-Hilde Garden, Solveig Hauge (2012).	<i>Kampen for pasientens beste – sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens.</i>	Nordic journal of nursing research & clinical studies.	Utforske hvordan sykepleiere opplever bruken av tvang mot pasienter med demens under en hverdagssituasjon.	8 sykepleiere i demensomsorgen ble gjennom individuelle dybdeintervju intervjuet ved bruk av kvalitativ metode.	Resultatene er kategorisert etter; 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 sinne i omsorgssituasjonen og opplevelsen av trange rammer. Bruk av tvang påvirker flere sykepleiere som profesjonelle. Mangelfulle ressurser og kompetanse er viktige årsaker til bruk av tvang. Sykepleierne opplevde bruk av tvang mot personer med demens som en kamp for pasientens eget beste.
4.	Eva Lejman, Margareta Westborn, Ulrika Pöder, Barbro Wadensten (2013).	<i>The ethics of coercive treatment of people with dementia.</i>	Nursing ethics.	Beskrive hvordan sykepleiere ved sykehjem sikrer rettssikkerheten, god og trygg sykepleie og opprettholder beboerne med alvorlig demens sin verdighet uten å krenke integriteten.	Kvalitativ metode og beskrivende design. Deltakerne var ti sykepleiere som jobbet ved ti ulike sykehjem. Deltakerne ble intervjuet ved et semi-strukturert intervju hvor samtalens fokus var informanten.	Resultatene viser hvordan tvangsbehandling kan forhindres. Strategier som ble beskrevet for å unngå bruk av tvang var forebyggende tiltak, kjennskap til pasientens livshistorie, pasientens behov og preferanser. Dette var viktige forutsetninger for tilpasse sykepleien i demensomsorgen.
5.	Egede-Nissen, V., Jakobsen, R., Sellevold, G.S., & Sørli, V. (2012)	<i>Time ethics for persons with dementia in care homes.</i>	Nursing Ethics	Hensikten med denne studien var å utforske situasjoner som ble opplevd av helsepersonell på sykehjem og utforske kjennetegn ved gode omsorgssituasjoner. Studien utforsker helsepersonells opplevelse av omsorg og tid.	Kvalitativ metode. Deltakerne var 12 helsepersonell fra 2 ulike sykehjem. 10 kvinner og 2 menn. Antall personer med demens var 62. Det ble gjennomført intervjuer på et passende sted på institusjonene i deltakernes arbeidstid.	Det ble lagt vekt på hovedtemaene «å handle indirekte og direkte til fordel for pasientene» og «å møte pasientens tidsopplevelser». I tillegg til undertemaene «å snakke sammen», «å finne ro ved hastverk», «å møte pasientens selvbestemmelse», «å møte pasientene i deres forvirring» og «å kjenne den gamle personens livshistorie».

5 Diskusjon

I det følgende drøftes og besvares hvilke erfaringer sykepleiere har med å begrense bruk av tvang og makt under stell, slik at verdighet og integritet til pasienten med demenssykdom ivaretas. Det er valgt å drøfte ut fra omsorgens tre dimensjoner, den moralske, relasjonelle og praktiske, og pleiemiljøet.

5.1 Omsorgens moralske dimensjon.

I stellesituasjonen kan sykepleieren bli stående i en moralsk utfordring som handler om hva som er til det beste for pasienten. For å gjøre gode moralske handlinger, må det gjøres etiske vurderinger (Martinsen, referert i Kristoffersen, 2016, s. 62-63). Pasienten skal oppleve ivaretagelse av integritet og verdighet på sykehjemmet, samt helse (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Egen erfaring har vist at flere sider av saken må belyses for å vurdere hva som er til det beste for pasienten; å fortsette stellet eller vente med det for å unngå tvang. Pasienten kan oppleve panikkangst utløst av stellet, og sykepleieren i stellet. Det kan bli utfordrende og agitasjon kan oppstå (Rokstad, 2008). Resultater i studien til Hem, Gjerberg, Pedersen & Førde (2011) viste at sykepleierne står i en krevende hverdag, spesielt når grenselandet mellom frivillighet og tvang under stell skal vurderes. Spørsmål som stilles i resultatene er: hvor ofte er stell nødvendig, hvor lenge kan stellet vente, hvordan bør situasjonen håndteres og kan pasienten slippe å vaske seg den ene dagen, eventuelt hvor mange dager kan man vente? Sykepleieren skal handle i forhold til sin faglige merforståelse til fordel for pasienten. Dette kan både gjøres ved at sykepleieren trekker pasienten med i beslutningen eller lar være å trekke pasienten med dersom pasienten mangler forutsetningene til å håndtere det (Martinsen, referert i Kristoffersen, 2016, s. 59-60). En sykepleier i studien til Hem, et.al (2011) forteller at pasientene i noen situasjoner må dusjes, og det oppleves som et grenseland mellom et mildt press og overtalelse til tvang. En stellesituasjon der pasienten motsetter seg gjennomføringen, kan være åpen for tolkninger og ulike vurderinger for hvordan eller om stellet må gjennomføres. Dette kan føre til et behov for etisk refleksjon. Sykepleierens egne verdier og erfaringer kan påvirke hvilke handlinger og vurderinger som gjøres (Molven, 2016). I studien til Hem, et.al (2011) ønsker ikke sykepleierne å bruke åpenbar tvang, men føler likevel noen ganger behovet for å gå på tvers av pasientens ønsker. Uttrykket «å lirke det til» og bruke litt press eller litt tvang brukes for å få med seg pasienten til nødvendig stell. Samtidig fortelles det at det fort kan bikke over til for mye tvang eller at

stellet ikke blir gjennomført. Egne erfaringer viser at gode, etiske refleksjoner og vurderinger sammen med kollegaer kan gi et godt resultat både for pasienten og sykepleieren.

Det er en forskjøvet maktbalanse i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Sykepleieren har en faglig autoritet, mens pasienten er den hjelpetrequende (Austgard, 2002). Det er høy forekomst av atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demenssykdom, som kan føre til usikkerhet hos pasienten rundt stellet (Skovdahl & Berentsen, 2014). Måten stellet gjøres på kan være avgjørende for samarbeidet med pasienten (Hem, et.al., 2011). Sykepleieren må håndtere stellet utfra hva som vurderes til det beste for pasienten (Austgard, 2002). Det er viktig å danne seg en forståelse av de bakenforliggende årsakene til den utfordrende atferden (Rokstad, 2008). På den ene siden skal sykepleieren sørge for at pasienten mottar nødvendig hjelp i stell og faglig forsvarlig oppfølging (§3, Verdighetsgarantien, 2010). På den andre siden må sykepleieren veie prinsippene om velgjørenhet, ikke skade og autonomiprinsippet opp mot hverandre, dersom pasienten motsetter seg hjelp til stell. Dette for å unngå tvang, og tilstrebe minst mulig negative konsekvenser for pasienten, både fysisk og psykisk (Brinchmann, 2016). Målet er at sykepleier tilnærmer seg pasienten på en slik måte at tvangstiltak unngås (§3-3, Forskrift for sykehjem m.v., 1988). I noen sykepleiesituasjoner kan det være lite rom for avvik før det oppstår brudd på loven (Flovik & Rokseth, 2015).

Det å være velstelt knyttes til verdighet. Demenssykdom fører til problemer med å huske og uttrykke egne behov. Dette kan føre til at pasienten opplever sårbarhet og følelsen av hjelpeløshet forsterkes (Hem, et.al., 2011). Martinsen skriver at ønskelig maktposisjon er når sykepleieren ved omsorg for pasienten anvender sine fagkunnskaper (Austgard, 2002). Omsorgen i stellet skal baseres på fagkunnskap om hygiene og etikk (Tønnessen, 2016). Samtidig skal sykepleieren respektere pasientens liv og den iboende verdigheten og integriteten (Sneltvedt, 2016). Det beskrives i studien til Hem, et.al. (2011) at renslighet er en viktig verdi, men å hjelpe pasienten til dette kan fremprovosere motstand. Til tross for pasientens forvirring og hjelpeløshet kan årsaker til konflikter under stell oppstå grunnet pasientens individuelle vaner eller preferanser tilknyttet personlig hygiene (Hem, et.al, 2011). Helsefremmende tiltak kan bli viktig, da dette kan føre til at pasienten opplever en økt kontroll over stellet, som kan bedre pasientens helse (Kristoffersen, 2016). Dette kan gjøres ved veiledning og tilrettelegging i stellet slik at pasientens mestringsevne fremmes ved å oppleve en større deltakelse (Sneltvedt, 2016). Motstanden sykepleieren opplever fra

pasienten kan være motstand tilknyttet måten stellet utøves på, ikke selve stellet (Hem, et.al., 2011).

Sykepleieren handler utfra uegennyttig gjensidighet, og normmoralen går utpå handlinger sykepleieren gjør fordi det er slik det er ønskelig at de selv skal behandles (Martinsen, 1993). Vurderingene sykepleierne gjør kan kompliseres av at de er på grensen til verbal tvang ved stell, men at pasienten etterpå uttrykker tilfredshet med å være ren (Hem, et.al., 2011). Normmoralen kan brukes ved slike krevende situasjoner i tillegg til bruk av fagligskjønn (Martinsen, 1993). Samtidig må pasienten møtes med respekt og deres enkeltes omsorgsbehov må imøtekommes. Motstand kan ligge i pasientens opplevelse av manglende respekt. Atferden pasienten uttrykker er deres måte å kommunisere behov (Hem, et.al., 2011). Pasienten kan ha symptomer på visuokonstruktiv svikt, apraksi og agnosi som stellet må tilrettelegges etter (Skovdahl & Berentsen, 2014). Dersom dette ikke gjøres, kan det etter egen erfaring oppstå frustrasjon hos pasienten, og stellet kan bli krevende for både pasient og sykepleier. Det er viktig at sykepleieren i tillegg til å ha tilstrekkelig kunnskap til å forstå mer enn pasienten også forstår det pasienten forstår (Martinsen, 1990). For å gjøre pasientens her- og-nå situasjon best mulig må spontan- og normmoralen spille på linje med hverandre. Sykepleierens skjønn og instinktive bedømmelse av situasjonen kan føre til ulik vurdering (Martinsen, 1990). Sykepleieren skal beskytte pasienten mot uønskede handlinger, men samtidig unngå at stell etter pasientens behov unnlates. Ved å beskytte pasienten mot dette, vil sykepleieren ivareta respekt og omtanke for pasienten, og kvalitet på helsehjelpen (Flovik & Rokseth, 2015). Det er erfart at standarden for stellet noen ganger settes etter egne preferanser uten å lytte til pasienten eller stoppe opp å reflektere om det er nødvendig med stellet.

5.2 Omsorgens relasjonelle dimensjon.

Martinsen har en verdioppfatning om at relasjonen mellom mennesker er essensielt, og omsorg er et relasjonelt begrep der det tas utgangspunkt i at vi er avhengig av hverandre. Dette blir tydeligere ved sykdom og funksjonstap (Martinsen, referert i Kristoffersen, 2016, s. 56). Tillit er viktig i relasjonen mellom sykepleieren og pasienten, da pasienten lar sykepleieren komme innenfor sin private sfære under stell (Martinsen, 1990). Det å skape et tillitsfullt forhold til pasienten, er et funn som vektlegges i studien Gjerberg, Hem, Førde & Pedersen (2013), som en forutsetning for å forhindre bruk av tvang. Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) skal bidra til å fremme et tillitsforhold mellom pasient og

sykepleier. Sykepleierne i studien Lejman, Westerbotn & Wadensten (2013) beskriver at alt handler om hvordan tilnærming man har til pasienten for om det fører til bruk av tvang eller ikke. Det støttes av Martinsen (1990), som skriver at ved mangel på tillit, oppstår mistillit. I studien til Lejman, et.al (2013) beskriver sykepleierne strategier med tvang som ble brukt, når pasienten motsatte seg hjelp til personlig hygiene. I slike situasjoner ble pasientens autonomi tilsidesatt, til tross for at det ikke var nødvendig helsehjelp. Dette begrunner sykepleierne med at pasienten hadde manglende innsikt i egen helse. Utfra Martinsens teori kan dette sees på som brudd på tillitsforholdet, da pasientens autonomi ikke tas hensyn til. Sykepleieren må møte pasientens behov og sette seg inn i pasientens situasjon, ha en emosjonell involvering i omsorgen og ivareta pasientens autonomi (Martinsen, 1990). Tom Kitwood legger til grunn at sykepleieren må anerkjenne pasientens egen personlighet og særegne livshistorie (Kitwood, referert i Thorsen, 2014, s. 69). Sykepleieren skal ikke se over pasienten, men bruke sin lyttende holdning slik at pasienten føler ivaretagelse av verdighet og integritet (Martinsen, referert i Kristoffersen, 2016, s. 59-60).

Agitasjon kan utfordre stellet (Skovdahl & Berentsen, 2014). I tillegg kan irritabilitet oppleves utfordrende for sykepleieren (Rokstad, 2008). Det skal alltid være forsøkt med tillitsskapende tiltak for å forebygge og begrense tvang (§4A-3, Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Sykepleieren må anerkjenne pasienten, vise respekt og bygge opp tillit for å kunne utøve personsentrert omsorg (Thorsen, 2014). Resultater i studien til Lejman, et.al. (2013) viser at å kjenne til pasientens livshistorie, behov og preferanser er gode forebyggende tiltak for å unngå bruk av tvang. Dette er en essensiell kjennskap for sykepleieren, slik at pasienten kan få individuelt tilpasset stell. Ved personsentrert omsorg verdsettes pasienten, og sykepleieren møter pasienten med gode holdninger gjennom hele sykdomsforløpet (Rokstad, 2014). Sykepleieren skal handle til pasientens eget beste (Molven, 2016). Lejman et.al (2013) finner at det blir gjort vurderinger av pasientene for å lage en grundig sykepleieplan. Dette blir gjort for å kartlegge pasientens rutiner og lage forebyggende sykepleieplaner. Disse individuelle sykepleieplanene blir brukt for å fremme pasientens fysiske og kognitive funksjoner. Sykepleien skal være sykdomsforebyggende og helsefremmende uavhengig av pasientens situasjon. Det kan bidra til å ivareta pasientens personlige ressurser ved at pasienten får bidra noe under stellet gjennom veiledning (Kristoffersen, 2016).

Sykepleieren har etter Helsepersonelloven (1999) plikt til å journalføre relevante og nødvendige opplysninger. Da kan sykepleierens forpliktete omsorg ytes etter pasientens behov (Kristoffersen, 2016). Ved å dokumentere observasjoner av pasientens atferd, kan sykepleieren kartlegge årsaken til den utfordrende atferden som kan oppstå under stell. Utløsende årsaker kan være at pasienten opplever følelse av trussel, krenkelse eller tvang (Skovdahl & Berentsen, 2014). Det er viktig å finne årsaken til misnøyen hos pasienten som fører til agitasjon og irritabilitet, for å forstå hvilke tiltak som kan være effektfulle (Skovdahl & Berentsen, 2014). Lejman et.al (2013) finner at sykepleiernes forståelse av hvordan pasienten kunne behandles på en profesjonell måte, økte ved å etablere en forståelse av pasientens livshistorie. Fra egen praksiserfaring vil kunnskap om pasienten og nøye dokumenterte tiltaksplaner, bidra til et bedre stell for pasienten. Pleieren har kunnskap om pasientens preferanser og hvordan ulike situasjoner bør håndteres, eventuelt hvordan situasjoner ikke bør håndteres. Det er også erfart at tiltaksplanene må oppdateres jevnlig, da pasienten har en progredierende sykdom og atferden kan endres, og dermed tiltakene. Sykepleieren må benytte teoretisk, etisk og erfaringsbasert kunnskap, slik at pasienten opplever respekt og unngår en opplevelse av krenkelse dersom stellet blir utfordrende (Tønnessen, 2016).

Utøvelse av den fysiske pleien i stell handler om samspillet mellom pasient og sykepleier. Sykepleieren kan gjennom den fysiske pleien under stell oppnå mye personsentrert omsorg (McCormack & McCane, 2010). Ved personsentrert omsorgsprosess fokuseres det på pasientens helhetlige behov som inkluderer pasientens fysiske behov (McCormack, Karlsson, Dewing & Lerdal, 2010). Det fortelles i Garden & Hauge (2012) at når sykepleierne anså stell som nødvendig, var det ofte utgangspunktet for å bruke tvang. Det kunne da bli utfordrende å tilrettelegge for individuelle tiltak i stellet. De opplevde å «ikke nå inn» til pasienten for å motta aksept til å gjennomføre stellet. Da kan sykepleierens kompetanse kan bli viktig for å forstå pasienten (McCormack, et.al., 2010). Til tross for at sykepleierne i studien til Garden & Hauge (2012) forsøkte med individuelle miljøtiltak, opplevde de likevel at de ikke var i stand til å forstå pasienten, og situasjonen endte ofte med tvang. Ved personsentrert omsorg handler resultatet av stellet om pasienten er tilfreds med en følelse av velvære, om pasienten er blitt involvert og om det er skapt et terapeutisk miljø. Pasientens forutsetninger og konteksten sykepleien utføres i må tas hensyn til for å få et positivt utfall (McCormack, et.al., 2010). Resultater i studien til Garden & Hauge (2012) viste at pasientene reagerte sterkt på tvangsbruk, og at mange viste fryktreaksjoner i stellesituasjonen. Disse reaksjonene kunne

tyde på en frykt mot sykepleierens handlinger. Samtidig følte sykepleierne i en slik situasjon et personlig og profesjonelt nederlag. I artikkelen til McCormack et.al. (2010) viste resultatene at det krevde mer enn fokus på forutsetninger, som personlige ferdigheter og kompetanse, for å utvikle personsentrert omsorg. Det blir argumentert med at det er gjennom direkte levering av omsorg, som fysisk omsorg, at sykepleieren får en «vei inn» for å utvikle et personsentrert forhold til pasienten.

Sykepleieren skal behandle pasienten som enkeltperson og respektere deres rettigheter som person (McCormack, et.al., 2010). Noen sykepleiere i Garden & Hauge (2012) anså pasientens kognitive funksjon som tapt, og at tvang av den grunn kunne anvendes for å ivareta pasientens verdighet og respekt. Andre sykepleiere oppfattet pasienten som fortsatt tilstede, men dekt av demenssykdommen. Disse sykepleierne var opptatt av pasientens følelsesmessige opplevelse under stell. Til tross for alvorlig grad av demenssykdom, kan pasienten ha en bevart selvfølelse (Skovdahl & Berentsen, 2014). Pasienten har fått en sykdom, men er ikke sykdommen sin (Kitwood, referert i Thorsen, 2014, s.69). Sykepleieren skal bidra til å sikre pasienten en verdig, trygg og meningsfull alderdom (Verdighetsgarantien, 2010). Hvordan pasienten opplever sin situasjon har stor betydning (Kristoffersen, 2016). Sykepleieren må være engasjert i relasjonen og interessert i pasienten for å finne den beste løsningen under stellet (Martinsen, 1990). Pasientens indre følelsesliv må vektlegges ved demenssykdom. Handlingene under stellet må tilpasses slik at pasienten opplever stellet som en god opplevelse (Garden & Hauge, 2012). Sykepleien som utøves avhenger av pasientens helsetilstand, og av pasientens atferd. Sykepleieren skal yte omsorg for pasienten uten å forvente et resultat, og hjelpen skal baseres på å hjelpe pasienten med dagliglivets gjøremål, som stell og utfordringer som kan oppstå underveis, uten å forvente noe tilbake (Martinsen, 1989).

5.3 Omsorgens praktiske dimensjon.

Omsorg kan være en praktisk handling (Martinsen, referert i Kristoffersen, 2016, s. 61-62). Pasienter med demenssykdom har en progredierende sykdom og vil få et stort hjelpebehov (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 411). Langtidshukommelsen og korttidshukommelsen svekkes, som går utover evnen til planlegging (Skovdahl & Berentsen, 2014). Pasienten kan få vansker med å gjennomføre stellet på egenhånd (Rokstad, 2008). Sykepleieren skal tilrettelegge for pasientens individuelle behov under stellet (§2, Verdighetsgarantien, 2010).

Handlingene tilpasses pasientens tilstand (Martinsen, 1989). Sykepleieren skal sørge for at pasientens helhetlige behov blir ivaretatt og at sykepleien som utøves er omsorgsfull og faglig forsvarlig (Sneltvedt, 2016). Dette i tråd med sykepleierens krav til å utføre fagligforsvarlig og omsorgsfull sykepleie (§4, Helsepersonelloven, 1999). I studien til Egede-Nissen, Jakobsen, Sellevold & Sørli (2012) forteller sykepleiere at det er viktig å bruke tid på å finne ut hva som kan gjøres for å forbedre pasientens situasjon, hva som fungerer bra og hva som ikke fungerer. Ved god situasjonsforståelse kan sykepleieren på en bedre måte ivareta balansen mellom overtakelse i stellesituasjonen og pasientens selvbestemmelse. Dette krever innsikt i pasientens livssituasjon, muligheter og begrensninger (Martinsen, 2003). Ved hjelp til stell har pasienten etter Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) rett til informasjon og medvirkning. Informasjonen må tilpasses pasientens kognitive symptomer, som svekket oppmerksomhet og språkvansker, noe som kan gjøre medvirkning vanskelig. Afasi kan gi sykepleieren problemer med å forstå pasienten og omvendt (Skovdahl & Berentsen, 2014). Sykepleieren har et ansvar for at hjelpen til morgenstellet er forsvarlig. Dersom pasientens atferd går utover egen kompetanse for å håndteres, må det søkes veiledning (Sneltvedt, 2016).

Pasienten har rettigheter som skal bidra til å ivareta integriteten og respekten for deres liv. Det skal gis samtykke til helsehjelp, også stell (§4-1 Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Fra egen erfaring kan det vurderes ulikt om stellet anses som nødvendig helsehjelp eller ikke. Det er erfart at det kan være til det beste for pasienten å hoppe over stellet en dag eller to for å ivareta respekten for pasientens integritet og verdighet. Samtidig kan det bli en utfordring når pasienten er inkontinent for urin og avføring. Da kan stell bli nødvendig helsehjelp.

Sykepleieren kjenner ikke pasientens følelser under stellet, men ved bruk av fagkunnskaper og erfaringer kan de gjenkjennes, og pleien blir omsorgsfull (Martinsen, 1989). Sykepleieren har en forebyggende funksjon, som innebærer å fremme helse og forebygge sykdom, og skal hindre at nye helseproblemer oppstår hos pasienten. Ivaretagelse av personlig hygiene er derfor viktig (Nordtvedt & Grønseth, 2016). Et funn i studien til Gjerberg et.al. (2013) var at stell ble utsatt dersom pasienten viste motstand og sykepleieren ikke ønsket å provosere denne motstanden mer under stell. Det fortelles videre om erfaringer der pasientens humør og situasjon kunne endres raskt og at ved å utføre stellet noe senere lyktes de ofte. Sykepleieren skal beskytte pasienten mot bruk av tvang, dermed blir slike tiltak viktig (Sneltvedt, 2016). I en annen studie beskrives det at dersom pasienten ikke ønsket å stelle seg, så kunne det vente, men å synge for en pasient med angst kunne ikke vente (Egede-Nissen, et.al., 2012). Dersom

pasienten motsetter seg hjelp til stell og stellet anses som nødvendig helsehjelp, kan det fattes vedtak om tvang (§4A-3, Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001).

Ved å ta utgangspunkt i Martinsens teori, skal sykepleieren yte omsorg med avstand fra egenomsorgstenkning, og forsøke å bevare et visst funksjonsnivå og unngå forverring hos pasienten. Dette begrunnes med at pasienten verken vil gjenvinne sin uavhengighet, funksjonsdyktighet eller egenomsorg grunnet sin demenssykdom (Martinsen, 1989). Det kan være motoriske symptomer som muskelstyringssvikt, balansesvikt og evnen til hensiktsmessige bevegelser det må tas hensyn til under stellet (Rokstad, 2008). Det at pasienten ikke er selvhjulpen, men avhengig av hjelp fra sykepleieren setter dem i en relasjon der sykepleieren gir praktisk omsorg (Martinsen, 1989). Ved ytelse av omsorg under stell til en pasient med demenssykdom, kan det være viktig å begrense pasientens valg og bruke et bevisst språkbruk (Gjerberg, et.al., 2013). Pasienten kan grunnet sin demenssykdom få vansker med å oppfatte og ha forståelse for ord, objekter og handlinger (Skovdahl & Berentsen, 2014). I studien til Gjerberg et.al (2013) forklarer personalet at de ikke spør pasienten om å ta en dusj, men heller forteller at nå skal pasienten ta en dusj og at det skal de få hjelp til. På denne måten brukes språket på en bevisst måte til å unngå opplevelsen av avhør, og reduserer pasientens muligheter. Pasienten vil da kunne slippe å vanskeliggjøre tolkninger av det sykepleieren sier (Skovdahl & Berentsen, 2014). Likevel kan det å ikke være selvhjulpen bli sett på som noe negativt for pasienten. Det er en sentral verdi å klare seg selv (Martinsen, 1989). Fra egen praksiserfaring vil det å gi pasienten flere alternativer og stille mye spørsmål kunne skape forvirring og uro, og noen pasienter kan reagere sterkt på å motta mye hjelp, da de mangler innsikt i eget hjelpebehov. Egede-Nissen, et.al. (2012) forteller at helsepersonell ga uttrykk for at det var viktig å møte pasienten i deres forvirring og endrede tidsopplevelse.

5.4 Ivaretakende pleiemiljø

Pleiemiljøet og konteksten sykepleien utføres i er viktig for å ivareta personsentrert omsorg og en terapeutisk relasjon (McCormack, et.al., 2010). I studien til Garden & Hauge (2012), var personalet i de fleste situasjoner i flertall, ved utøvelse av tvang under stellesituasjonen. Sykepleierne beskrev dette som overmakt, opp mot pasientens sårbarhet. Omsorg utført i et slikt pleiemiljø, kunne fremstå som overgrep for pasienten (Garden & Hauge, 2012).

Personalet i studien til Lejman, et.al. (2013) fant at med høy pedagogisk kunnskap kunne makt i stell unngås. I tråd med resultatene fra Garden & Hauge (2012), ga sykepleierne uttrykk for at det kreves kunnskap om demenssykdom og erfaringer fra liknende situasjoner for anvende frivillige omsorgstiltak. Kommunen skal også sørge for å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Sykepleieren i Lejman et.al (2013) beskriver at en viktig del av rollen som sykepleier er å lære bort sine fagkunnskaper til kollegaer om individuelt tilpassede tilnærminger til pasienten. Det er viktig at sykepleiere overfører erfaringer om pasienten til hverandre og tar seg tid til å reflektere over egne holdninger mot pasienten og krevende situasjoner med pasienten (Egede-Nissen, et.al, 2012). Personlige erfaringer gjør det mulig å sette seg inn i pasientens situasjon (Martinsen, 1989). Sykepleieren har et ansvar for at det skapes en kultur med fokus på læring (NSF, 2005). Det er også viktig at personalet ønsker å lære og har tilstrekkelig faglig kompetanse (McCormack & McCance, 2010).

Sykepleierne i Garden & Hauge (2012) sin studie opplever at arbeidspress og kompetansemangel får betydning for tvangsbruk. Ansvar for mange pasienter samtidig ga sykepleierne et tidspress som kunne påvirke atmosfæren i situasjonen og sykepleierens evne til individuell omsorg. Pasienten har rett på nok personell for å sikres nødvendig omsorg og bistand (§3-2, Forskrift for sykehjem, 1988). Dette er nødvendig for å kunne oppnå personsentrert omsorg (McCormack & McCance, 2010). Det understrekes i artikkelen til Lejman et.al. (2013) at det var nødvendig med tilstrekkelig antall fysiske tilgjengelige medarbeidere for å tilpasse sykepleien etter pasientens preferanse, og for å unngå tvangsbehandling. Det er behov for tilstrekkelig kompetanse og ferdigheter for å gjennomføre utfordrende stell (McCormack & McCance, 2010). Virksomheten skal sørge for tilstrekkelige personalressurser og at personalet har nødvendige kvalifikasjoner (Helsedirektoratet (2018)). Funn i studien til Egede-Nissen et.al. (2012) viser viktigheten av at sykepleiere avlaster hverandre ved krevende situasjoner, både for pasientens, men også sykepleierens skyld. Sykepleierne i samme studie opplevde at et godt stell var knyttet til følelsen av ro, til tross for tidspress. De beskrev det som viktig å kunne være til stede for pasienter som trengte det, selv om de hadde det travelt. Motstand under stell fra pasienten kan skape tilleggsoppgaver og øke travelheten i hverdagen på sykehjemmet for sykepleierne (Garden & Hauge, 2012). Helsepersonell i studien til Egede-Nissen, et.al. (2012) ga uttrykk for at god sykepleie var knyttet til en fleksibel tidsrytme for stell. Flexibiliteten kunne ivareta pasientens rett til selvbestemmelse og tvang ved motstand under stell kunne unngås. Funn i studien viste også at

dersom helsepersonell brukte nok tid, unngikk de uro og bruk av tvang. Stort arbeidspress kan påvirke hvordan oppgavene blir utført, og de forhåndsbestemte oppgavene kan bli gjort uten å gi pasienten oppmerksomhet (Austgaard, 2002). Det er viktig at pasienten opplever anerkjennelse og ikke umyndiggjøring under stellet ved at det foregår i trygge omgivelser med kjente rutiner (Martinsen, 1989).

Ved mostand fra pasienten, kan det også være en god strategi å overlate stellet til en medarbeider. Situasjonen under stellet kan raskt endre seg og bli vanskelig, og situasjonen kan løses ved å skifte personell. Dette krever ressurser både i form av personalets kvalifikasjoner, deres erfaringer, så vel som antall ansatte på jobb (Gjerberg, et.al., 2013). I de fire prinsippers etikk, skal like tilfeller behandles likt og ressursene skal fordeles rettferdig. Sykepleieren må gjøre faglige vurderinger da tilfeller kan avvike ved utfordrende atferd (Brinchmann, 2016). Egen praksiserfaring har vist at å behandle noen tilfeller ulikt kan være mer rettferdig. Prinsippene må vurderes opp mot hverandre, da noen kan trenge mer enn andre (Brinchmann, 2016). Sykepleiere i Egede-Nissen, et.al. (2012) forteller at ved deres fleksibilitet hadde de klare prioriteringer for avgjørelsene rundt tidsbruken og at det sjeldent var hastverk med det som ikke ble prioritert. Sykepleiernes prioriteringer av sykepleie skal være forsvarlig og ivareta pasientsikkerheten, i tillegg til å sikre pasienten nødvendig helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Sykepleieren har et ansvar som faglig leder å sørge for helhet og kvalitet i stellet som gis til pasienten (NSF, 2005). Dette gjelder uansett hvor mange eller få sykepleiere det er i avdelingen på sykehjemmet (Hauge, 2014). Det er erfart at avdelinger med tilstrekkelig ressurser, bedre ivaretar pasientens integritet og verdighet.

6 Konklusjon

For å ivareta pasientens verdighet og integritet er det viktig å begrense bruk av tvang og makt. Sykepleieren må ha kjennskap til lovverk, og kunnskap om hvordan sykepleie til pasienter med demenssykdom kan tilpasses deres behov. Sykepleierens kompetanse og ressurser spiller en viktig rolle for å unngå tvang. Pasienten må sees som enkelt individ med følelser, under omsorgen i stellet. Sykepleieren må ha kjennskap til pasientens livshistorie og preferanser, skape en tillitsfull relasjon og individualisere sykepleien under stell. Tid, flere forsøk og beholde roen til tross for hastverk er viktige tiltak under stellet.

7 Referanseliste

- Aftenposten. (2013). Helsepersonell er usikre på grensene for tvangsbruk. Hentet den 05.12.19 fra: https://www.aftenposten.no/norge/i/rApO0/helsepersonell-er-usikre-paa-grensene-for-tvangsbruk?fbclid=IwAR2O7jXr_Z88JTh_x8u931GC5e72ZCGVrSITJvYjF2v-NPmzrNIurfRIkxM
- Austgard, K. (2002). *Omsorgsfilosofi i praksis – å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien* (2. Utg.). Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- 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* (2. utg., s. 174-182). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Edberg, A.-K. (2011). Personcentrerad omvårdnad. I A.- K. Edberg (Red.), *Att möta personer med demens* (s. 149-166). Lund: Studentlitteratur.
- 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. <https://doi.org/10.1177/0969733012448968>
- Eriksen, S. (2015). Menneskets psykososiale behov. E. K. Grov. & I. M. Holter. (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie – sykepleieboken 1* (5. utg., s. 887-905). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Flovik, A. M. & Rokseth, T. (2015). Kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet. I E. K., Grov & I. M., Holter. (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie – sykepleieboken 1* (5. Utg., s. 271-295). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2019). Hentet den 27.03.2020 fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (1988). LOV-2011-06-24-30-§3-2, LOV-2011-06-24-30-§13-2, LOV-2001-05-18-24-§8 jf LOV-2014-06-20-42-

- §33 jf LOV-2014-06-20-43-§33 . Hentet den 09.03.2020 fra:
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932>
- Garden, M.-H., & Hauge, S. (2012). Kampen for pasientens beste — sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang over for personer med demens. *Vård i Norden*, 32(4), 18–22. <https://doi.org/10.1177/010740831203200405>
- 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. <https://doi.org/10.1177/0969733012473012>
- Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold., K. Brodtkorb. & A. H. Ranhoff. *Geriatrisk sykepleie* (2.utg., s. 265-280). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helsedirektoratet (2018). Krav til organisering og virksomhet. Hentet den 05.04.2020 fra:
<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/krav-til-organisering-og-virksomhet>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. LOV-2011-06-24-30. Hentet den 04.12.2019 fra:
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_9
- Helsepersonelloven. 1999). Lov om helsepersonell. LOV-2019-04-10-11. Hentet den 04.12.2019 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Hem, M. H., Gjerberg, E., Pedersen, R., & Førde, F. (2011). Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang. *Sykepleien forskning*, 5(4), 294-301.
[10.4220/sykepleienf.2011.0007](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0007)
- Ingstad, K. (2013). Makt, avmakt og motmakt. I K. Ingstad. (Red.), *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid* (1. utg., s. 150-179). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, M. (2014). Den gamles integritet. I M. Kirkevold., K. Brodtkorb. & A. H. Ranhoff. (Red.). *Geriatrisk sykepleie* (2. utg., s. 94-101). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Livsstil og endring av livsstil. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E.-A. Skaug. & G. H. Grimsbø. (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (3. Utg., s. 295-340). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E.-A. Skaug. & G. H. Grimsbø. (Red.) *Grunnleggende sykepleie Bind 3* (3. Utg., s. 15-64). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Å styrke pasientens ressurser. I N. J. Kristoffersen., F.

- Nortvedt., E.-A. Skaug. & G. H. Grimsbø. (Red.) *Grunnleggende sykepleie Bind 3* (3. Utg., s. 349-398). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie?. I N. J. Jahren., F. Nortvedt., E.-A. Skaug. & G. H. Grimsbø. (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (3. utg., s. 15-27). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Legeforeningen. (2016). Tvang og makt i helsetjenesten. Hentet den 05.12.19 fra: https://legeforeningen.no/PageFiles/277308/Tvang%20i%20sykehjem%20-%20Siri%20Setereiv%20%20PMU%202016%20Kurs%2026.pdf?fbclid=IwAR1uBK_pMLVx3054ZQJV-RRVVhyW1BA0_qsuOftgSUIteiOQvcmmYA4I7md8
- Lejman, E., Westerbotn, M., Pöder, U., & Wadensten, B. (2013). The ethics of coercive treatment of people with dementia. *Nursing Ethics*, 20(3), 248-262. <https://doi.org/10.1177/0969733012463721>
- Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup*. (2. utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (1990). Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring. I K. Jensen., G. Engelsrud., T. Lauvdal., L. Løvlie., K. Martinsen., T. R. Eriksen. & R. Rønning. (Red.) *Moderne omsorgsbilder*. (s. 61-94). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin*. (2. Utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- McCormack, B., Karlsson, B., Dewing, J. & Lerdal, A. (2010). Exploring person-centredness: a qualitative meta-synthesis of four studies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 24(3):620-34 <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00814.x>
- McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing Theory and Practice*. United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus*. (5. Utg). Oslo: Gyldendal juridisk.
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D.G. Stubberud, R. Grønseth., H. Hallbjørg. (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 17-39). Oslo: Gyldendal akademisk.
- NSF. (2014). Bruk av tvang i sykehjem. Hentet den 05.12.19 fra: https://www.nsf.no/Content/2198910/NSF-%20Tvang%20i%20eldreomsorgen-8.10.14%20E.%20Gjerberg.pdf?fbclid=IwAR1Y5ZOjRAHuNxVnElrvlwT3rIHLSHA_BcyfgKl_pQ4bfJuNgMMIIt4UXSDs
- NSF. (2005). Sykepleier med lederansvar – god på fag og ledelse. Hentet den 05.04.2020 fra: <https://www.nsf.no/Content/158922/NSF>

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. LOV-1999-07-02-63. Hentet den 03.12.2019 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_5#§4a-5
- Pedersen, R., Hem, M. H., Gjerberg, E. & Førde, R. (2013). Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning. Tidsskr Nor Legeforen 2013;133: 1935-9doi: 10.4045/tidsskr.13.0237
Hentet den 05.02.2020: <https://tidsskriftet.no/2013/10/originalartikkel/bruk-av-tvang-i-sykehjem-etter-ny-lovgivning-0>
- Rokstad, A. M. M. (2008). Hva er demens?. I A. M. M., Rokstad. & K. L. Smebye. (Red.), *Personer med demens – møte og samhandling* (s. 27-45). Oslo: Akribe.
- Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er!*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skovdahl, K. & Berentsen, V. D. (2014). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold., K. Brodtkorb. & A. H., Ranhoff. (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (2. utg., s. 408-434). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sneltvedt, T. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S., Brinchmann. (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 97-110). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thorsen, K. (2014). Aldringsteorier. I M. Kirkevold., K. Brodtkorb. & A. H., Ranhoff. (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (2. Utg., s. 58-70). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tønnessen, S. (2016). Prioriteringer i sykepleie. I B. S., Brinchmann. (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 187-221). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Verdighetsgarantien. (2010). Forskrift om en verdig eldreomsorg. LOV-1982-11-19-66-§1-3a, LOV-1991-12-13-81-§4-6 . Hentet den 09.03.2020 fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2010-11-12-1426>