

# BACHELOROPPGÅVE

## **Ver så snill, ikkje tving meg!**

Korleis kan sjukepleiar unngå tvang mot personar med demens?

Av

Dordi Øvstetun  
Kandidatnummer 52

## **Please don't force me!**

How can nurses avoid coercion with persons with dementia?

Sjukepleie bachelorstudium

SK 152

Mai 2016

Tal ord: 6988

Rettleiar: Hilde Søreide



**Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)**

Eg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva (Ver så snill, ikkje tving meg!) i Brage dersom karakteren A eller B er oppnådd.

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar.

Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve.

Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og namn og set kryss:

Kandidatnummer: 52, namn: Dordi Øvstetun

JA X            NEI \_\_\_

# Samandrag

## Tittel

Ver så snill, ikkje tving meg!

## Bakgrunn for val av tema

Det er kring 70 000 menneske med demens i Noreg i dag. Dette talet vil truleg doblast innan 2040. For å kunne møte det aukande talet personar med demens, er det viktig å ha gode retningslinjer og lovverk for korleis sjukepleiarar skal ta vare på dei, og då spesielt innanfor området bruk av tvang. Eg har jobba med personar med demens på sjukeheim som ferievikar og i praksis i løpet av studietida, og har opplevd nokre situasjonar der ein har brukt tvang. På bakgrunn av dette ynskjer eg kunnskap om korleis ein kan unngå tvang mot personar med demens i samband med personleg stell.

## Problemstilling

Korleis kan sjukepleiar unngå bruk av tvang mot personar med demens?

## Framgangsmåte

Studien er bygd opp av pensumlitteratur, anna litteratur, forskingsartiklar og rapportar. I søkeprosessen etter relevante forskingsartiklar nytta eg databasane SweMed+, Academic Search Premier og nettstaden til tidsskriftet "Nursing Ethics". Kvalitative forskingsartiklar er nytta for å gjera greie for problemstillinga. I tillegg er det nytta praksisretta litteratur som "Demensplanen 2020", "Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere" og Lova om pasient- og brukarrettigheter kapittel 4A: "Helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp".

## Konklusjon

Studien syner at bruk av tillitskapande tiltak og ulike kommunikasjonsteknikkar kan hindre bruk av tvang. Utifrå studien kan ein konkludere med at sjukepleiar har for lite kunnskap om korleis ein kan unngå bruk av tvang mot personar med demens. Det må difor bli meir fokus på dette i den framtidige sjukepleiarutdanninga.

## Innholdsliste

<b>1. Innleiing</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Bakgrunn for val av tema</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 Presentasjon av problemstilling</b> .....	<b>1</b>
<b>1.3 Avgrensing</b> .....	<b>1</b>
<b>1.4 Omgrepsavklaring</b> .....	<b>2</b>
1.4.1 Personar med demens .....	2
1.4.2 Tvang.....	2
1.4.3 Personleg stell .....	2
<b>1.5 Oppbygging av oppgåva</b> .....	<b>2</b>
<b>2 Metode</b> .....	<b>3</b>
<b>2.1 Litteraturstudie</b> .....	<b>3</b>
<b>2.2 Søkeprosessen etter forskingsartiklar</b> .....	<b>3</b>
<b>2.3 Val av forskingslitteratur</b> .....	<b>3</b>
<b>2.4 Søkeprosessen etter anna litteratur</b> .....	<b>4</b>
<b>2.5 Kjeldekritikk</b> .....	<b>5</b>
<b>2.6 Styrke og svakheiter ved metode</b> .....	<b>5</b>
<b>3 Teoridel</b> .....	<b>6</b>
<b>3.1 Kari Martinsen sin omsorgsfilosofi</b> .....	<b>6</b>
<b>3.2 Demens</b> .....	<b>6</b>
<b>3.3 Kommunikasjon</b> .....	<b>6</b>
<b>3.4 Tillitskapande tiltak</b> .....	<b>7</b>
<b>3.5 Stellet</b> .....	<b>7</b>
<b>3.6 Personsentrert omsorg</b> .....	<b>7</b>
<b>3.7 Forskingsartiklar</b> .....	<b>8</b>
<b>3.8 Nasjonale føringar</b> .....	<b>9</b>
<b>3.9 "Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere" og autonomiprinsippet</b> .....	<b>10</b>
<b>4 Korleis kan sjukepleiar unngå tvang mot personar med demens?</b> .....	<b>11</b>
<b>4.1 God kommunikasjon kan hindre tvang</b> .....	<b>11</b>
4.1.1 Kommunikasjon og språk.....	11
4.1.2 Relasjonar .....	12
4.1.3 Autonomi .....	12

<b>4.2 Grenseland mellom frivillighet og tvang .....</b>	<b>13</b>
4.2.1 Tillitskapande tiltak .....	13
4.2.2 Retningslinjer for å unngå tvang .....	14
<b>4.3 Yrkesetikk og lovverk .....</b>	<b>15</b>
<b>5 Konklusjon.....</b>	<b>16</b>
<b>Litteraturliste.....</b>	<b>17</b>
<b>Vedlegg 1- Søkeprosess etter forskning.....</b>	

## 1. Innleiing

Ifølgje Nasjonalforeningen for folkehelse er det kring 70 000 menneske med demens i Noreg i dag. Ei utfordring dei komande åra som følgje av auka levealder og alderssamansetjingar er at talet personar som er råka av demens truleg vil doblast innan 2040. Mange av dei vil truleg trengje ein sjukeheims plass (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2016; Helse-og omsorgsdepartementet, 2015). Etersom det kjem til å bli fleire personar med demens, er det mange utfordringar som følgjer med. Ein av desse er bruk av tvang. Ein studie gjort av Wenche Malmedal, Oddbjørn Ingebrigtsen og Britt-Inger Savemann (2009) viser at 91% av pleiarar har iallfall ein gong sett ein kollega som har gitt inadekvat pleie- og omsorg, og 87% rapporterte at dei hadde gjort ei slik handling minst ein gong. Døme på inadekvat eller utilfredsstillande pleie- og omsorg kunne vera at ein ikkje vaska ein pasient som trengte det, heldt hardt i pasientar og truga pasienten med straff. Lovheimlar for bruk av tvang på sjukeheim kom fyrst i 2009. For at ein kan bruke tvang, må to vilkår vera til stades: tvangen må vera til pasienten sitt beste, og pasienten må mangle samtykkekompetanse. Det som er bekymringsfullt er at det er vorte avdekkja mangelfull bruk av lova i tilsynsrapportar (Pedersen, Hem, Gjerberg, & Førde, 2013).

### 1.1 Bakgrunn for val av tema

I løpet av studietida mi har eg både i praksis og som ferievikar jobba med personar med demens på sjukeheim, og har sett fleire situasjonar der ein har brukt tvang. Eg har sett at dette har gitt negative opplevingar for pasientane samt også for meg som pleiar. For sjukepleiar kan det i enkelte tilfelle vera vanskeleg å vite korleis ein kan hjelpe personar med demens utan at det må verta eit spørsmål om tvang. For å kunne møte det aukande talet personar med demens, er det viktig å ha gode retningslinjer og lovverk for korleis sjukepleiar skal ta vare på dei, og då spesielt innanfor området tvang. På bakgrunn av dette ynskjer eg meir kunnskap om bruk av tvang, og eg vil difor skrive om korleis ein kan unngå det mot personar med demens i samband med personleg stell.

### 1.2 Presentasjon av problemstilling

Korleis kan sjukepleiar unngå bruk av tvang mot personar med demens?

### 1.3 Avgrensing

Eg har valt å avgrensa oppgåva til å omhandle bruk av tvang overfor personar med demens i samband med personleg stell. Oppgåva tek føre seg kva metodar og tiltak ein kan gjera for å unngå dette. Eg skal også sjå på bruken av tvang mot personar med demens som bur på sjukeheim, både på somatisk og skjerma avdeling. Personane skal vera i alderen 65 år og oppover.

## 1.4 Omgrepsavklaring

Definisjonen av dei viktigaste omgrepa som blir brukte i oppgåva blir presenterte her.

### 1.4.1 Personar med demens

Dette er ei gruppe menneske som har utvikla diagnosen demens. Demens er ein tilstand som er kronisk og irreversibel, og som kan vera forårsaka av ulike organiske forandringar. Konsekvensen av denne sjukdommen er at personen får manglande evner til å handtere daglegdagse aktivitetar og får ein endra sosial åtferd (Engedal & Haugen, 2009). Samanlikna med det tidlegare kognitive funksjonsnivået er hukommelsesevna og tankeevna tydeleg nedsett (The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, 2008). Diagnosen demens er mest vanleg i alderen 65 år og oppover (Rokstad, 2008b).

### 1.4.2 Tvang

Eg vel å bruke Ann-Kristin Fjørtoft sin definisjon av tvang: "Tvang er tiltak som pasienten motset seg eller ikkje har gitt samtykke til" (2012, s. 151). Ho seier også at ein ikkje skal bruke tvang som lettaste utveg, men finne andre måtar å hindre dette på.

### 1.4.3 Personleg stell

Omgrepet stell vil seie at ein hjelper pasientar med kroppsvask og påkledning, og er ei sentral oppgåve for sjukepleiaren. Stellet kan likevel verta utfordrande for sjukepleiar, alt etter kva hjelpebehov den enkelte person har (Brodtkorb, 2014).

## 1.5 Oppbygging av oppgåva

Oppgåva inneheld ei innleiing med omgrepsforklaring. Vidare er det eit metodekapittel der eg går inn på framgangsmåten for å finne litteratur, kva eg har brukt av litteratur, søkeprosessen og kjeldekritikk. I teoridelen legg eg vekt på Kari Martinsen sin omsorgsteori, demens, kommunikasjon, tillitskapande tiltak, stellet, personsentrert omsorg, relevant forskning og lovverk innanfor bruk av tvang. I drøftingsdelen vel eg å ta utgangspunkt i to situasjonar eg har opplevd som ufaglært og i løpet av sjukepleieutdanninga mi knytt til tvang i samband med personleg stell, og drøftar teori og forskning opp mot problemstillinga mi. Oppgåva endar med ein konklusjon med kva eg har kome fram til.

## 2 Metode

Eg har valt å løyse oppgåva ved å gjera ein litteraturstudie, då eg meiner denne metoden passar til å gjera greie for problemstillinga mi.

### 2.1 Litteraturstudie

Ein litteraturstudie byggjer i hovudsak på skriftlege kjelder som finst frå før av, som til dømes forskingsartiklar og bøker. Dette brukar ein for å få eit heilskapleg bilete av problemstillinga ein vil finne svar på. Erfaringar ein har gjort seg i løpet av studiet kan også vera utgangspunktet for oppgåva (Dalland, 2012). For å få fram erfaringane og opplevingane til sjukepleiaren om korleis dei prøver å unngå tvang, vel eg å bruke erfaringsbasert litteratur og forskning. I drøftingsdelen brukar eg to situasjonar frå jobb og praksis som eg har gjort undervegs i sjukepleiestudiet til å gjera greie for problemstillinga.

### 2.2 Søkeprosessen etter forskingsartiklar

I oppgåva vert det nytta kvalitativ metode. I søkeprosessen har eg hatt lite fokus på kvantitative forskingsartiklar, ettersom eg vil skrive om opplevingar og erfaringar til sjukepleiarane, og dette kan ikkje målast ved prevalens (Dalland, 2012). Fokus i litteratursøket var å finne forskingsartiklar som kunne seie noko om korleis ein kan unngå bruk av tvang mot personar med demens, og då spesielt ved personleg stell. Databasane Academic Search Elite (ASE) (inkludert Medline og Chinal), SweMed+ og nettstaden til tidsskriftet "Nursing Ethics" er nytta i søkeprosessen. Eg gjekk inn på SweMed+ for å finne nøkkelorda eg skulle søkje med. Desse var: demens, sjukeheim, tvang og stellesituasjonar. Eg fann også dei engelske orda: dementia, nursing home/ care home og coercion. Søkeorda nytta eg åleine eller med kvarandre. I vedlegget kjem det fram det kor mange treff eg hadde, og kombinasjonane av søkeorda. Eg valde å avgrense søka mine frå januar 2006 til januar 2016, dei skulle vera på engelsk og fagfellevurderte. Aldersgruppa skulle vera frå 65 år og oppover og i tillegg skulle artikkane kome frå Europa.

### 2.3 Val av forskingslitteratur

I litteratursøket fann eg fem forskingsartiklar som eg valte å bruke i oppgåva.

"How to avoid and prevent coercion in nursing homes: a qualitative study" (Gjerberg, Hem, Førde, & Pedersen, 2013). I denne kvalitative artikkelen er 60 sjukepleiarar, hjelpepleiarar og ufaglærte som jobbar på somatisk avdeling og skjerma avdelingar på sjukeheimar i Sør-Noreg intervjuet. Den undersøker kva føresetnader som må vera til stades for å unngå bruk av tvang og kva strategiar helsepersonell brukar for å unngå dette.

"Kampen for pasientens beste- sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens" (Garden & Hauge, 2012). I denne kvalitative studien er åtte sjukepleiarar, derav sju



som jobbar på avdelingar for personar med demens og ein på ein somatisk avdeling intervjuar, frå åtte ulike kommunar i tre fylke i Noreg. Sjukepleiarar sine erfaringar og opplevingar kjem fram i studien.

”Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang” (Hem, Gjerberg, Pedersen, & Førde, 2010). Artikkelen undersøker 60 pleiarar sine opplevingar frå fem sjukeheimar på det sentrale Østlandsområdet, og skildrar typiske situasjonar når omsorg og pleie skal gjevast til personar med demens som motset seg hjelp.

”Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning” (Pedersen et al., 2013) er ein kvalitativ studie der 65 sjukeheimstilsette beståande av legar, sjukepleiarar og anna helsepersonell er intervjuar i fokusgrupper. Intervjua vart utførte på fem sjukeheimar i fire kommunar på Østlandet. Studien undersøker kva for utfordringar og erfaringar legar og andre sjukeheimstilsette har med den nye lovheimla som kom i 2009.

”Time ethics for persons with dementia in care homes” (Egede-Nissen, Jacobsen, Sellevold, & Sørli, 2012). Forfattarane intervjuar tolv helsepersonell på to sjukeheimar på skjerma avdelingar i ein by på Østlandet. Artikkelen syner helse- og omsorgspersonell si erfaring med å gi god omsorg for personar med demens og kva eigenskaper som skal til for å gi dette.

## 2.4 Søkeprosessen etter anna litteratur

Eg har valt å bruke bøker henta frå databasen Bibsys, og fann tre bøker som kan knyttast til tema:

”Personsentrert demensomsorg- Veien til bedre tjenester” (Brooker, 2013), ”Demens-fakta og utfordringer” (Engedal & Haugen, 2009), ”Personer med demens: møte og samhandling” (Rokstad & Smebye, 2008). Desse bøkene omhandlar temaa demens, kommunikasjon og personsentrert omsorg, som er viktige område å ta tak i for å finne svar på problemstillinga. I tillegg nyttar eg nokre bøker frå pensumlista i sjukepleieutdanninga. Bøkene ”Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten” (Kirkevold, Ranhoff, & Hysten, 2014), ”Omtanke- En innføring i sykepleiens etikk” (Nortvedt, 2012) og ”Grunnleggende sykepleie 1 – Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar” (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2011) nyttar eg for å gjera greie for stellet, autonomiprinsippet og Kari Martinsen sin omsorgsteori. I metodedelens refererer eg til boka ”Metode og oppgaveskriving” (Dalland, 2012).

Eg nyttar også ”Demensplan 2020- Et mer demensvenlig samfunn” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015), ”Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere” (Norsk sykepleierforbund, 2011), Lova om pasient- og brukerrettigheter kapittel 4A ”Helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp” (1999) og ”Pasient- og brukerrettighetsloven

med kommentarer" (Helsedirektoratet, 2015) i oppgåva, då desse kan underbygge kva som vert gjort i praksis i helse-Noreg. Rapportane "Tvil om tvang. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 og 2012 med tvungen helsehjelp til pasienter i sykehjem" (Helsetilsynet, 2013) og "Er smått alltid godt i demensomsorgen? Om bo- og tjenestetilbud for personer med demens" (Høyland, Kirkevold, Woods, & Haugan, 2015) blir nytta for å gjera greie for bruk av tvang og personsentrert omsorg. Eg brukar og "Bathing persons with dementia" (Hall, Gallagher, & Hoffmann-Snyder, 2013) for å syne retningslinjer for korleis ein kan hjelpe personar med demens på best mogleg måte i badesituasjonar. I tillegg har eg nytta artikkelen "Hvordan påvirker Marte Meo-veiledning personalets opplevelse av egen mestring i demensomsorgen?" for å forklare kva Marte Meo metoden er (Hansen & Ytrehus, 2011).

## 2.5 Kjeldekritikk

Eg vel å nytte litteratur som ikkje er meir enn 10 år gamal i oppgåva. Litteraturen eg har valt er relevant for problemstillinga då den omhandlar demens, tvang og personleg stell. Mykje av litteraturen er henta frå pensumlista til sjukepleiarutdanninga, som eg ser på som sikre kjelder. Eg har hovudsakleg nytta studiar som er gjort i Noreg ettersom det kunne ha vorte for store kulturelle skilnader dersom eg hadde inkludert internasjonale studiar. Eg har med artikkelen "Bathing persons with dementia" (Hall et al., 2013) frå USA for å vise at det er ei utfordring på tvers av kulturar. Fire av forskingsartiklane er skrivne på engelsk. Ei feilkjelde ved å bruke desse artiklane kan vera at ein i omsetjinga feiltolkar innhaldet på grunn av språklege nyansar. Tre av artiklane er frå same forskargruppe (Gjerberg, Hem, Førde, & Pedersen, 2013; Hem, Gjerberg, Pedersen, & Førde, 2010; Pedersen, Hem, Gjerberg, & Førde, 2013) som kan vera ei avgrensing i forhold til om eg hadde valt tre ulike forskargrupper.

## 2.6 Styrke og svakheiter ved metode

Styrken ved metoden er at eg har brukt kvalitativ sjekklister henta frå Norsk kunnskapssenter (2016) for å vurdere kor truverdige forskingsartiklane er. Svakheita ved metoden er at eg har hatt ei forforståing utifrå praksis at det blir utøvd tvang, og at dette kan ha påverka utfallet av oppgåva. Det kan også finnast relevante artiklar som eg ikkje har funne/fått tilgang gjennom søkedatabasen som kunne ha utdjupa problemstillinga meir.

## 3 Teoridel

I teoridelen skal eg nytte faglitteratur og forskning til å gjera greie for problemstillinga.

### 3.1 Kari Martinsen sin omsorgsfilosofi.

Kari Martinsen er ei norsk sjukepleieteoretikar, og er kjend for sin omsorgsfilosofi. Innan denne filosofien tek ho opp omsorgsomgrepet når ho skal forklare sitt syn på sjukepleie som yrkesmessig omsorgsarbeid. Ho hevdar blant anna at omsorg består av ein relasjon mellom to partar. Den eine parten må hjelpe den andre utifrå kva behov ein har. Sjukepleiar må vise interesse og setje seg inn i pasienten sin situasjon og tenkje seg korleis ein sjølv ville vorte behandla dersom ein var i pasienten sin ståstad. Ho fokuserer også på at omsorg skal ytast på pasienten sine premisser, og tek avstand frå maktovergrep frå sjukepleiar si side (Kristoffersen, 2011).

### 3.2 Demens

Ein kan dele demens inn i tre grader alt etter kva fase sjukdomsutviklinga er i: mild, moderat og alvorleg grad. Ved mild grad av demens blir det endringar som påverkar dagleglivet, men dersom personen følgjer rutinar klarer ofte personen seg. Ved moderat grad av demens blir det vanskelegare å gjera daglege gjeremål, og ein har meir bruk for rettleiing og hjelp frå andre. Når ein har utvikla alvorleg grad av demens klarer ein seg ikkje åleine og må få hjelp av andre, som oftast døgntilsyn (Rokstad, 2008b). Utfordrande åtferd kan vera ein del av symptombiletet når ein person utviklar demens. Døme på dette kan vera fysisk aggresjon, uro, roping og gråting. Denne åtferda er ikkje unormal. Dersom ein tenkjer over at personen har endra moglegheiter for livsutfalding, kommunikasjon og livssituasjon, vil ein skjønne at dette er ein forståeleg reaksjon (Rokstad, 2008c). Språklege problem oppstår ofte for personen med demens. Ved sensorisk afasi er evna til å forstå den andre svekka. Det personen med demens seier blir tolka som usamanhengande, fordi den er lausriven frå samtalepartnaren sine utsegn (Rokstad, 2008b).

### 3.3 Kommunikasjon

Kommunikasjon er måten ein påverkar kvarandre på gjennom verbalt og ikkje-verbalt språk. Ein open og tillitsfull dialog er det som kjenneteiknar god kommunikasjon. Dårlig kommunikasjon er prega av at ein ikkje forstår budskapet eller innhaldet i informasjonen. Denne kommunikasjonen fører til uro og angst i staden for tillit og openheit (Wogn-Henriksen, 2008). For å få til god kommunikasjon med ein person med demens er utviklinga av ein god relasjon mellom sjukepleiar og personen, samt væremåte og haldning viktig (Kristoffersen & Nortvedt, 2011). For å kunne kommunisere godt med personar med demens er det viktig å bruke god tid og lytte. Eit anna råd er å snakke tydeleg og sakte slik at personen får med seg kva ein snakkar om. Ein kan prøve seg fram med direkte augekontakt for å få merksemda til personen, men ein må vera klar over at personen fort kan verta distrahert. For at det ikkje skal verta for mykje informasjon, må ein prøve å gi ein instruksjon i gongen i staden for

fleire. Ein teknikk som kan hjelpe er validering. Dette vil seie at ein ikkje korrigerer pasienten, men bekreftar det personen seier og prøver å forstå det personen formidlar. Slik kan ein opne opp for nærleik og forståing i samhandling med pasienten (Wogn-Henriksen, 2008).

### **3.4 Tillitskapande tiltak**

Helsedirektoratet kom i 2015 med eit rundskriv med kommentarar om korleis ein kan gjera individuelle tillitskapande tiltak i forhold til lov om pasient- og brukerrettigheter kapittel 4A "Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse" (2015). Tillitskapande tiltak vil seie at ein prøver å få til ein allianse med pasienten slik at han tek imot nødvendig helsehjelp (Johnsen & Smebye, 2008). Desse må vera prøvd før ein kan yte helsehjelp til ein pasient utan samtykkekompetanse og unngå tvang. Det eine er å kartleggje kvifor pasienten motset seg hjelp, slik at ein kan finne måtar å unngå motstanden på. Døme er at pasienten ikkje oppfattar kva som skal skje i ein stellesituasjon. Dei fysiske omgivnadene må difor vera attkjennande slik at dei i seg sjølv gjev informasjon om kva som skal skje. Det andre er kjennskap til pasienten. Helsepersonell som kjenner pasienten kan lettare yte helsehjelp utan at det blir bruk av tvang. Pasienten vil vera meir komfortabel og vise tillit. Ein må også gi personen god nok informasjon og tid til å setje seg inn i kva tiltaket inneber for å kunne innstille seg på å ta imot helsehjelpa (Helsedirektoratet, 2015).

### **3.5 Stellet**

Eldre med kognitiv svikt kan ha vanskar med å forstå kva som skal skje i ein stellesituasjon. Tilnæringsmåten med pasienten bør vera individuell ved at ein møter pasienten som medmenneske, og ikkje berre brukar standardkunnskap for å samhandle med pasienten. Ved å kjenne til tidlegare ritual og prosedyrar ved stellet som pasienten har hatt, kan ein hjelpe personen med å ivareta identiteten sin og kjensla av meining. Under stell er det viktig at personen gjer mest mogleg sjølv, slik at personen opplever sjølvråde. Dersom ein tek i bruk faste prosedyrar som skapar attkjennning for personen med demens, kan ein tilpassa stellesituasjonen etter personen sine behov. Dersom pasienten ikkje vil stelle seg og luktar, er ikkje det god nok grunn til å fatte vedtak om bruk av tvang (Brodtkorb, 2014).

### **3.6 Personsentrert omsorg**

Tom Kitwood har etablert omgrepet personsentrert omsorg og meiner at ein skal leggje vekt på den enkelte si oppleving og handtering av sjukdommen, slik at ein har fokus på personen i staden for sjukdommen (henta frå Rokstad, 2008a, s. 70). Han meiner vidare at dette byggjer på at ein legg til rette for at pasienten kan bruke sine ressursar og kan oppretthalde sjølvstende sitt så lenge som mogleg. Det finst fleire måtar å tilnærme seg denne tenkinga i demensomsorga. Eit viktig tiltak er god opplæring av personalet, ettersom det er desse som skal samhandle med personane, og då er det avgjerande at dei klarar å skape gode relasjonar (Høyland et al., 2015). Eit anna tiltak er VIPS-

rammeverket, som står for verdsetting, individuell tilnærming, perspektivet til personen med demens og sosialt fellesskap. Dawn Brooker hevdar at det eine hovudelementet i rammeverket er at ein skal prøve å forstå personen med demens frå sin ståstad og perspektiv, og soleis vise empatisk forståing (henta frå Brooker, 2013, s. 9). Marte Meo- metoden er og eit godt tiltak, der ein fokuserer på samhandlinga mellom personen med demens og personalet. Ein filmar samspelet og får tilbakemelding frå ein rettleiar om korleis samhandlinga er (Hansen & Ytrehus, 2011). Ein kan og lage planar for god opplæring og gjennomføring av endringar dersom ein vil endre haldningar på arbeidsstaden, slik at personalet står likt i utføringa av samhandlinga med pasienten (Høyland et al., 2015).

### 3.7 Forskingsartiklar

”How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study” (Gjerberg et al., 2013). Det kjem fram at det er nokre strategiar helsepersonell nyttar for å unngå tvang. Ein strategi er at personalet avleier, lokkar og overtaler pasienten til å gjera det dei vil. Nokre brukar bevisst språket, ved at dei i staden for å spørje kva pasienten vil, informerer om kva som skulle skje vidare, og slik reduserer dei pasienten sine alternativ. Personalet meiner det er tre føresetnader som må vera til stades for at ein skal lukkast med å prøve ut alternative strategiar. Det første er å kjenne pasienten og historia hans, då dette kan føre til etablering av gode relasjonar. Dei to andre er ressursar, som at dei må ha nok folk på jobben, og kompetente folk som veit kva tvang er.

”Kampen for pasientens beste-sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang” (Garden & Hauge, 2012). Det kjem fram i artikkelen at sjukepleiarane har ei oppleving av å ikkje nå fram til og forstå pasienten til dømes under personleg stell, og at det ofte ender med tvang. Pasientane viser ofte sterke fryktreaksjonar og kjempar i mot hjelpa til pleiepersonalet under stellesituasjonar. Avdelinga sine rammer har noko å seie for bruk av tvang meiner sjukepleiarane, i form av arbeidspress og manglande kompetanse.

”Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang” (Hem et al., 2010). Det kjem fram i artikkelen at pleiarane har ein krevjande arbeidsdag med tanke på å vera i grenselandet mellom frivillighet og tvang og fleire av dei seier frivillige situasjonar kan fort ende opp som tvang. Til dømes kan ein måtte presse pasienten litt i ein dusjesituasjon, men om ikkje det fungerer, kan det ende med tvang for å gjennomføre dusjinga. Eit tiltak for å unngå dette kan vera å etablere tillitsfulle relasjonar. Korleis pleia vert gitt kan ha mykje å seie for om det vert motstand eller ikkje frå pasienten si side. Eit døme under stell kan vera at personalet som kanskje er fleire, uniformerer seg med gummistøvlar og hanskar for å ikkje verte våte. Dette er noko som personar med demens kanskje ikkje forstår og kan vise motstand. For nokre pleiarar kan det bli viktigare at pasienten skal dusje, kle på seg, eta og så

vidare enn å tenkje på kva pasienten vil, og ein tek seg ikkje tid til å samtale med pasienten. I pleiekulturen ser ein ikkje samtale som ein del av jobben, fordi då pratar ein og ikkje jobbar (Hem et al., 2010).

”Bruk av tvang på sykehjem etter ny lovgivning” (Pedersen et al., 2013). Det viser seg i artikkelen at tvang er brukt hyppig, også utan fatta vedtak. Tilfelle der ein bruker ulovleg tvang er blant anna i samband med på/avkledning, hygiene, munnstell, dusjing, hårvask, negleklipping og at ein held pasienten sine hender under stell for å unngå å verta slått. I tillegg tykkjer helsepersonell at samtykkekompetanse, som tyder at pasienten er i stand til å meningsfulle val, er eit vanskeleg omgrep. Dei er usikre på korleis det skal vurderast, og av kven. Nokre gonger er tvang brukt utan at ein har vurdert samtykkekompetansen til personen.

”Time ethics for persons with dementia in care homes” (Egede-Nissen et al., 2012). Denne artikkelen viser nokre strategiar som helsepersonell kan gjera for å unngå tvang. Viktige tiltak er å vera fleksibel i forhold til pasienten, kanskje pasienten vil ha hjelp litt seinare på dagen. Dette må ein respektere slik at pasienten får ivareta autonomien sin og slik får bestemme over sin eigen kvardag. Å kjenne pasienten og ha nok tid til pasienten si livshistorie er også eit viktig verktøy for å roe ned pasienten og unngå bruk av tvang.

”Bathing persons with dementia” (Hall et al., 2013). Forfattarane skildrar at for personar med demens kan bading vera stessfullt, og dei tolererer dette mindre enn andre. I tillegg kan det følast krenkande og traumatisk å verta avkledd framfor framande. For å gjera badesituasjonen best mogleg skal ein unngå å forte seg gjennom stellet, for å hindre aggresjon. Dersom personen byrjar å slå, må ein ta seg ein liten pause slik at pasienten får roa seg ned. Retningslinjene syner også at motstand kan vera på grunn av angst, problem med rørsleevna eller er redd for å falle.

### **3.8 Nasjonale føringar**

I 2009 kom det ein ny lovheimel for bruk av tvang. Lov om pasient- og brukerrettigheter kapittel 4A «Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen», har som mål å avgrense bruk av tvang og å hindre skade ved å gje naudsynt helsehjelp (Pasient-og brukerrettighetsloven, 1999). I §4A-3 står det at dersom pasienten motset seg helsehjelp kan ein gje helsehjelp under tvang, med atterhald om at alle tillitskapande tiltak har vore prøvd, og at tvang er siste moglege utveg. Dersom pasienten gjev motstand, kan ein fatte vedtak dersom helsehjelpa er naudsynt, då det kan føre til unødvendige helseskader dersom ein ikkje gjer det og helsehjelpa står i forhold til behova for tiltaka.

Regjeringa har laga ein handlingsplan når det gjeld demensomsorg: "Demensplanen 2020- Et mer demensvennlig samfunn" (Helse-og omsorgsdepartementet, 2015). Målet med denne er å skape eit meir demensvenleg samfunn, som integrerer og tek vare på personar med demens. For å få det til må det meir kunnskap og openheit om demens ut i samfunnet og i omsorg-og helsesektoren spesielt. Ein strategi regjeringa har kome fram til for å få til dette, er å sikre personar med demens rett til sjølvråde og fortsatt deltaking sjølv om ein har ein slik sjukdom.

Helsetilsynet sin rapport "Tvil om tvang. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 og 2012 med tvungen helsehjelp til pasienter i sykehjem" (2013) viste at det var stor bruk av tvang på sjukeheimar, og i 89 av 103 kommunar vart lovverket brote. Eit av funna i rapporten var at personalet ikkje forstår seg på pasientane, og spesielt i stellesituasjonar når pasienten viser mostand. Funna viste og mangelfull dokumentasjon av tillitskapande tiltak som blir prøvd for å unngå tvang, og verknaden av desse. Tilsynet fann og stor bruk av tvang utan at vilkåra hadde vorte vurderte og vedtak fatta. Leiinga og kommunen har ansvar for at lovverket vert teke i bruk på riktig måte, og må sørge for at praksis sikrar pasientane forsvarleg helsehjelp. Dei må også ha oversikt over bruk av tvang gjennom oppfølging av om styring hjelper og om rapportering og informasjon vert brukt i praksis.

### **3.9 "Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere" og autonomiprinsippet**

Norsk sjukepleiarforbund har laga "Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere" (Norsk sykepleierforbund, 2011). Desse retningslinjene er sjukepleiaren sitt viktigaste verktøy når det kjem til etiske dilemma og korleis ein skal yte god sjukepleiepraksis. Det er viktig at sjukepleiar gir tilstrekkeleg informasjon til pasienten og slik fremjar pasienten sin moglegheit til å ta sjølvstendige avgjersler, og at sjukepleiar vernar pasienten frå bruk av tvang og andre krenkjande handlingar.

Autonomiprinsippet tyder at dersom ein pasient er kompetent nok til å ta eigne val, får ein bestemme over kva som skal skje vidare i sin pleie og behandling (Nortvedt, 2012). Det er ein del føresetnader som må vera til stades for at pasienten skal få bestemme over sin behandling. Pasienten må kunne forstå den informasjonen som blir gitt, og kunne vurdere for og i mot for den helsehjelpen ein kan få med tanke på konsekvensar av behandlingalternativa. I tillegg må pasienten kunne uttrykke seg og kommunisere på eit normalt nivå (Kristoffersen & Nortvedt, 2011). Det er difor viktig å respektere pasienten sin autonomi, eller sjølvråde, slik at ein respekterer til dømes pasienten sin motstand som eit uttrykk for sin vilje og meining. Dette kan vera vanskeleg å tolke dersom pasienten er dement, ettersom ein ikkje heilt kan vite om motstanden er eit uttrykk for noko som pasienten ikkje vil, eller om det berre er uttrykk for ubehag (Nortvedt, 2012).

## 4 Korleis kan sjukepleiar unngå tvang mot personar med demens?

I drøftingsdelen skal to situasjonar eg har opplevd i demensomsorga, teori og forskning drøftast opp mot ein annan for å gjera greie for problemstillinga. Målet er å gjera greie for korleis sjukepleiar kan unngå tvang mot personar med demens i samband med personleg stell.

### 4.1 God kommunikasjon kan hindre tvang

Ein pasient i praksisperioden min på sjukeheim ville ikkje stelle seg. Ho var uroleg og ville ikkje setje seg ned på toalettet. Sjukepleiaren som stelte ho var roleg, snakka sakte og tydeleg og tok seg god tid. Ho prøvde også å ha direkte augekontakt med pasienten, og gav ho ein instruksjon om gongen. I tillegg bekrefta sjukepleiar det pasienten sa, i staden for å avfeie henne. Det var ikkje lett å skjønne kva pasienten sa, ettersom ho snakka usamanhengande. Likevel verka det som sjukepleiaren kjende henne og visste korleis pasienten ville ha stellet. Pasienten vart dermed rolegare, og sjukepleiar fekk lov til å hjelpe pasienten. Eg tenkte mykje på denne hendinga i etterkant og lurte veldig på kva sjukepleiar gjorde riktig i kommunikasjonen for å unngå tvang.

#### 4.1.1 Kommunikasjon og språk

For å få til den gode kommunikasjonen som sjukepleiar hadde med pasienten, er det viktig å ha ein tillitsfull og open dialog. Det kan verta dårleg kommunikasjon dersom budskapet ikkje kjem tydeleg fram for pasienten. Dei kommunikasjonsteknikkane sjukepleiaren brukar i situasjonen for å roe ned pasienten, som å snakke sakte og tydeleg, gi ein instruksjon om gongen og ta seg god tid er i tråd med tilrådingane til Wogn- Henriksen (2008). Ein anna teknikk som hjelpte sjukepleiar i denne situasjonen, var validering (Wogn-Henriksen, 2008). Sjukepleiaren korrigerer ikkje pasienten i samtalen, men bekrefta det pasienten sa. Pasienten følte då at ho vart høyrert, og det personlege stellet gjekk lettare. I dagens pleiekultur viser det seg at det kan vera enno viktigare å få stelt pasienten, enn å ha samtalar med pasienten. Pleiarar kan bli i tvil om ein kan ta seg tid til samtalar, då det kan sjå ut som ein pratar, og ikkje jobbar (Hem et al., 2010). Eg meiner det er viktig å ta seg tid til samtalen, for då kan ein få pasienten frivillig med i stellet og unngå tvang, slik som i denne situasjonen. Det er kanskje nokre pleiarar som føler at dei har problem med å kommunisere med pasienten, og då kan ein bruke Marte-Meo metoden. Samtalen blir filma, og tilbakemeldingar kan då betre samhandlinga med pasienten (Hansen & Ytrehus, 2011). Dette meiner eg kan føre til mindre tvang, ettersom pasienten og sjukepleiar forstår kvarandre betre.

Språklege problem kan oppstå i samhandlinga mellom sjukepleiar og personen med demens, slik som i dette tilfellet. Til dømes kan sensorisk afasi gjera at sjukepleiar føler ein ikkje når fram og forstår pasienten i stellesituasjonar, og det endar ofte med tvang dersom pasienten viser motstand (Rokstad, 2008b; Garden & Hauge, 2012; Helsetilsynet, 2013). Misforståingar mellom sjukepleiar og personar med demens kan difor svekkje pasienten sin posisjon i høve personleg stell. I studien til



Gjerberg et al. (2013) kjem det fram at personalet kan bruke språket bevisst ved å seie kva personen skal gjera i staden for å spørje kva pasienten vil. Sjukepleiaren sin framgangsmåte ved at ho var roleg og brukte ulike kommunikasjonsteknikkar i denne situasjonen hindra misforståingar og dermed bruk av tvang. Sjølv om me kanskje ikkje forstod kva pasienten sa, hjalp desse teknikkane, og det viser kor viktig det er at sjukepleiar har ulike strategiar å hjelpe personen på.

#### **4.1.2 Relasjonar**

Det er tydeleg at sjukepleiar har ein god relasjon med pasienten i denne situasjonen, noko som kan betre kommunikasjonen mellom dei (Kristoffersen & Nortvedt, 2011). Ved å kjenne historia til pasienten kan ein utvikle gode relasjonar, og dette kan hindre bruk av tvang (Hem et al., 2011; Gjerberg et al., 2013). Sjølv om pasienten i denne situasjonen har diagnosen demens, verkar det som pasienten kjende att og hadde ein god relasjon til sjukepleiaren, og soleis kunne føle seg tryggare og ta i mot hjelp. Dette er i tråd med Helsedirektoratet (2015) og Egede-Nissen et al. (2012) sine funn. I denne situasjonen nærma også sjukepleiar pasienten seg individuelt. Om ein kjenner til tidlegare ritual og prosedyrar som pasienten har hatt, kan ein hjelpe pasienten med å ivareta identiteten sin (Brodtkorb, 2014). På den andre sida er det viktig at sjukepleiar i slike situasjonar som dette vurderer kor godt personen kan følgje prosedyrar og ritual, ettersom det avhenger av kva grad i sjukdomsutviklinga personen med demens er i. Dersom personen har mild kognitiv svikt, vil ein kunne klare å følgje desse lettare enn viss ein har alvorleg grad av demens (Rokstad, 2008b). Det er i tillegg viktig med god opplæring av personalet for å få til ein god relasjon med personar med demens (Høyland et al., 2015). På denne måten kan sjukepleiar få god kunnskap om korleis ein kan kommunisere med pasienten, og dermed hindre tvang.

#### **4.1.3 Autonomi**

Sjukepleiar må i denne situasjonen vurdere om pasienten har autonomi eller ikkje. Føresetnadene for å ha autonomi er at ein forstår informasjon som blir gitt og kan vurdere om ein skal ta i mot hjelp eller ikkje (Kristoffersen & Nortvedt, 2011). I dette tilfellet kunne ein kanskje vurdert at pasienten ikkje har autonomi. Det kan vera vanskeleg for sjukepleiar å vurdere dette, då pasienten kan ha vanskar for å uttrykke om det berre er ubehag, eller om det er noko pasienten faktisk ikkje vil (Nortvedt, 2012). Det er likevel viktig at personen med demens får gjera det ein sjølv vil ved personleg stell, slik at ein får oppretthalde sjølvrådet sitt og at omsorga skjer på eigne premissar, noko som også sjukepleiar gjer i denne situasjonen (Brodtkorb, 2014; Kristoffersen, 2011). Dette er også i tråd med Tom Kitwood og hans definisjon av omgrepet personsentrert omsorg (henta frå Rokstad, 2008a, s. 70). Sjølv om pasienten ikkje har autonomi, bør ein hjelpe personen på veg til å kunne bestemme sjølv. Sjukepleiarar tykkjer ofte det er vanskeleg å vurdere samtykkekompetanse, og nokre gonger brukar ein tvang utan å vurdere dette (Pedersen et al., 2013). Dette viser at

sjukepleiar treng meir kunnskap om autonomi og tvang. Sjølv om ein har lært om dette på sjukepleiestudiet, meiner eg det i framtida kan verta enno meir merksemd på det slik at pasienten føler seg mindre umyndiggjort.

## 4.2 Grenseland mellom frivilligheit og tvang

Då eg byrja å jobbe på skjerma avdeling på sjukeheim, skulle ein sjukepleiar og eg dusje ein pasient. Det verka som pasienten ikkje skjønnte kva som skulle skje, og var svært uroleg. Ho byrja å skrike: "Ver så snill, ikkje tving meg!" då me byrja å skylle ho med vatn. Me prøvde å roe ho ved å seie at me ville berre hjelpe, ikkje skade ho. Dette hjalp ikkje, og pasienten byrja å slå etter oss. Eg følte me var i grenseland mellom frivilligheit og tvang og visste ikkje kva eg skulle gjera. Sjukepleiar vart oppgitt over at eg ikkje gjorde noko og sa at eg måtte halde henne slik at ho ikkje kunne reise eller slå oss. I etterkant av situasjonen lurte eg på kva ein som sjukepleiar kunne gjort annleis i dette tilfellet for å unngå tvang.

### 4.2.1 Tillitskapande tiltak

Eit viktig tillitskapande tiltak er at sjukepleiar finn ut kvifor personen med demens gjer motstand ved personleg stell (Helsedirektoratet, 2015). Det kan vera at vedkomande har problem med å forstå kvifor stellet skal gjennomførast og at pasienten opplever det som ei krenking å kle av seg framfor personalet (Brodtkorb, 2014; Hall et al., 2013). Pasienten kan også gjera motstand på grunn av angst eller fordi ho er redd for å falle (Hall et al., 2013). Det er og viktig at dei fysiske omgivnadene og prosedyrane er atkjennande for pasienten slik at ein skjønner kva som skal skje i stellet (Helsedirektoratet, 2015; Brodtkorb, 2014). I tillegg må ein vite at måten sjukepleiar hjelper personen med demens i stellet kan avgjera om pasienten gjer motstand eller ikkje (Hem et al., 2011). I denne situasjonen var me to om stellet og uniformerte med gummistøvlar, stellefrakkar og hanskar for å ikkje bli våte. Ifølgje studien til Hem et al. (2011) kan det vera at pasienten ikkje forstår dette og viser motstand. Ein kan tenkje seg at pasienten føler seg sårbar og ikkje heilt forstår kva som skjer ettersom det ikkje er vanleg å verta dusja av fleire uniformerte personar. Det ein kunne ha gjort i denne situasjonen var å forklare nærare kvifor ein har utstyret på seg. Då kunne det ha blitt lettare for pasienten å forstå situasjonen og ta i mot hjelp. Dette er også i tråd med helsedirektoratet sitt tiltak (Helsedirektoratet, 2015). I tillegg er det viktig at sjukepleiar dokumenterer tillitskapande tiltak, slik at ein veit kva slags tiltak som er prøvd før, og kva som har hatt verknad (Helsetilsynet, 2013). Då kan sjukepleiar utifrå dette prøve ut andre tiltak som kan fungere betre i slike situasjonar og prøve å hindre tvang.

Helsepersonell i studien til Egede-Nissen et al. (2012) meiner det er viktig å vera fleksibel, slik at pasienten sjølv i større grad kan vera med på å bestemme over sin kvardag. Det kan vera at pasienten i dette tilfellet ikkje hadde lyst til å dusje fordi ho ville sove lenger, og då burde me pleiarar

vera fleksible i forhold til dette. Ein kunne også prøvd ulike strategiar som å lokke og overtale pasienten først, eller tatt seg ein pause for å roe ned pasienten slik at ein unngår aggresjon og tvang (Gjerberg et al., 2013; Hall et al., 2013). Kunnskap om diagnosen demens og utagerande åtferd kan ein og bruke for å forstå at pasienten har ein forståeleg reaksjon i denne situasjonen, og dermed hindre bruk av tvang (Rokstad, 2008c). Dette er også i tråd med VIPs-modellen (henta frå Brooker, 2013, s. 9), og sjukepleieteoretikaren Kari Martinsen sin omsorgsfilosofi (Kristoffersen, 2011). Sjukepleiar bør difor i denne situasjonen rette seg etter personen sin diagnose og dei utfordringane som følgjer med og handle deretter for å hindre tvang.

#### **4.2.2 Retningslinjer for å unngå tvang**

Det er nokre tiltak på systemnivå som kan hjelpe for å unngå bruk av tvang i samband med personleg stell. Ifølgje studien til Gjerberg et al. (2013) er ein strategi å ha nok folk på jobb og ein annan er å ha kompetente folk som veit kva tvang er. Det kan vera ulikt frå sjukepleiar til sjukepleiar kva metodar ein prøver for å unngå tvang. Difor kan eit godt tiltak vera at det på leiarnivå blir sett i gang planar for god opplæring og gjennomføring av endringar på arbeidsstaden. Då kan ein endre haldningar til personalet slik at dei står likt i utføringa av samhandlinga med pasienten (Høyland et al., 2015). Det kan vera mange faktorar som kan spela inn på kvifor sjukepleiar er nøydd til å gå så langt i denne situasjonen. I studien til Garden og Hauge (2012) meiner sjukepleiarar at avdelinga sine rammer har noko å seie for bruk av tvang, i form av arbeidspress og manglande kompetanse. Om sommaren er det ein del ufaglærte ferievikarar som jobbar på sjukeheim og i demensomsorg, og ein kan lure på om det oppstår meir bruk av tvang då. Eg var sjølv ikkje ferdigutdanna då eg hamna i denne situasjonen og hadde ikkje tilstrekkeleg kunnskap om demens. Kollegaen min vart frustrert over at eg ikkje klarte å hjelpe å stelle pasienten, då eg ikkje hadde teknikkar eg kunne bruke for å overtale pasienten. I studien til Gjerberg et al. (2013) kjem det fram at mange har innarbeid seg teknikkar og strategiar dei brukar for å unngå bruk av tvang. Dersom vikarane fekk meir opplæring om korleis ein skal samhandle med personar med demens, vil dei kanskje kunne tolke kvar situasjon betre og dermed unngå ein del tvang.

Ei god leiing på arbeidsstaden som følgjer opp praksis av vedtak om tvang, har oversikt over bruk av tvang gjennom oppfølging, og om rapportering og informasjon vert brukt i praksis er viktig (Helsetilsynet, 2013). Slik kan ein finne ut om det er noko tilsette gjer feil, og dermed hindre unødig bruk av tvang ved personleg stell. Handlingsplanen "Demensplanen 2020- Et mer demensvennlig samfunn" fokuserer på at det må bli meir kunnskap og openheit om demens i samfunnet og i omsorgssektoren for at ein skal sikre personen med demens rett til sjølvråde (Helse-og omsorgsdepartementet, 2015). Eg meiner dette er ein god plan, og det er viktig at sjukepleiar set seg inn i denne for å unngå bruk av tvang i situasjonar som denne.

### 4.3 Yrkesetikk og lovverk

Det viser seg at sjukepleiarar dagleg opplever situasjonar der frivilligheit og bruk av tvang er i grenseland med kvarandre (Hem et al., 2011; Pedersen et al., 2013). Det kan vera lite som skal til før ein er over grensa til bruk av tvang og sjukepleiar må kanskje ty til dette for å verta ferdig med oppgåvene sine. Det betyr likevel ikkje at det er lov, for ifølgje dei yrkesetiske retningslinjene skal sjukepleiar verne pasienten mot bruk av tvang og fremje pasienten sitt sjølvråde (Norsk sykepleierforbund, 2011). Difor er det viktig at sjukepleiar i slike tilfelle tenkje seg nøye om, og følgjer desse retningslinjene.

For å unngå tvang er pasient- og brukerrettighetslova, og spesielt kapittel 4A "Helsehjelp til pasientar uten samtykke som motsetter seg helsehjelp" (1999) ei viktig lov som sjukepleiar må ha kjennskap til. Dersom ein må bruke tvang i stellesituasjonen, må alle tillitskapande tiltak vera prøvd først (Helsedirektoratet, 2015). Viser pasienten likevel motstand, kan ein fatte vedtak om å utføre tvang dersom det fører til unødvendige helseskader om ein ikkje gjer det (Pasient-og brukerrettighetsloven, 1999). Dette vil ikkje seie at ein kan fatte vedtak ved den minste ting. Til dømes dersom pasienten luktar og ikkje vil stelle seg, er ikkje dette grunnlag for tvangsbruk (Brodtkorb, 2014). Difor må ein bruke skjønn i arbeidet med personar med demens. Det viser seg nemleg at tvang er brukt hyppig på sjukeheimar, også utan fatta vedtak (Pedersen et al., 2013). Helsetilsynet sin rapport "Tvil om tvang. Oppsummering av landsomfattande tilsyn i 2011 og 2012" (2013) syner også stor bruk av tvang. Det kan sjå ut som det er lik bruk av tvang på somatisk og skjerma avdeling då nokre av artiklane eg tek utgangspunkt i ikkje spesifiserer kva avdeling tvangen vart gjennomført ved (Garden & Hauge, 2012; Gjerberg et al., 2013; Hem et al., 2011). Dette viser at det er eit vanskeleg tema og krev at sjukepleiar har kunnskap om etikk og lovverk for å unngå tvang i samband med personleg stell.

## 5 Konklusjon

I studien har eg sett på ulike metodar og tiltak på individ- og systemnivå som ein kan bruke for å unngå tvang i samband med personleg stell. Eg har sett at ulike kommunikasjonsteknikkar og tillitskapande tiltak er viktige faktorar for å unngå bruk av tvang. I tillegg viser forskning og pensumlitteratur at kommunikasjon og relasjonsbygging mellom sjukepleiar og personar med demens er viktig.

Studien syner at sjukepleiar dagleg møter situasjonar der frivilligheit og tvang er i grenseland med kvarandre, og at det ikkje er mykje som skal til før det blir snakk om tvang. Det kan sjå ut som tvang er hyppig brukt både ved somatisk og skjerma avdeling. Ulike tillitskapande tiltak kan nyttast for å hindre at slike situasjonar oppstår. Eit av dei viktigaste tiltaka er at sjukepleiar må finne ut kvifor pasienten gjer motstand, og på denne måten unngå tvang. I tillegg syner studien at dersom ein kjenner pasienten og har kunnskap om diagnosen, kan ein lettare samhandle med personen ved personleg stell for å unngå tvang. Sjukepleiar må også ha kunnskap om autonomi og lovverk, slik som pasient- og brukerrettighetslova for å hjelpe pasienten utan å bruke tvang. Retningslinjene syner at det ikkje berre er sjukepleiar sin jobb å unngå tvang, men også den overordna leiarfunksjonen sitt ansvar. Dei må til dømes syte for å ha nok folk på jobb, og at tilsette får riktig opplæring.

Studien viser at sjukepleiarar har altfor lite kunnskap om lovverk og bruk av tvang, og at ein bryt dette ofte. Utifrå studien min konkluderer eg med at sjukepleiarar må få meir kunnskap om dette temaet, og at ein i den framtidige sjukepleiarutdanninga har meir fokus på demens og tvang for å kunne yte god forsvarleg pleie i samband med personleg stell.

## Litteraturliste

- Brodtkorb, K. (2014). Stellet-mulighetens arena. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & H. A. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie-God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., ss. 174-183). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brooker, D. (2013). *Personsentrert omsorg- Veien til bedre tjenester*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Egede-Nissen, V., Jacobsen, R., Sellevold, G., & Sørli, V. (2012). Time ethics for persons with dementia in care homes. *Nursing Ethics*, 20(1), ss. 51-60.  
doi:10.1177/0969733012448968
- Engedal, K., & Haugen, P. (2009). *Demens: fakta og utfordringer: en lærebok* (5. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Fjørtoft, A.-K. (2012). *Hjemmesykepleie- Ansvar, utfordringer og muligheter* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Garden, M.-H., & Hauge, S. (2012). Kampen for pasientenes beste- sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens. *Vård i nord*, 32, ss. 18-22. Henta frå <http://njn.sagepub.com/content/32/4/18.full.pdf>
- 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), ss. 632-644.  
doi:10.1177/0969733012473012
- Hall, G., Gallagher, M., & Hoffmann-Snyder, C. (2013). *Bathing persons with dementia*. Henta frå <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=44984&vn=12.0#Section396>
- Hansen, A., & Ytrehus, S. (2011). *Hvordan påvirker Marte meo-veiledning personalets opplevelse av egen mestring i demensomsorgen?* Henta frå <https://sykepleien.no/forskning/2011/03/hvordan-pavirker-marte-meo-veiledning-personalets-opplevelse-av-egen-mestring-i>
- Helsedirektoratet. (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. (Rundskriv IS-8/2015). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse-og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplanen 2020-et mer demensvenlig samfunn*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

- Helsetilsynet. (2013). *Tvil om tvang. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 og 2012 med tvungen helsehjelp til pasienter i sykehjem (Rapport nr. 5/2013)*. Oslo: Statens helsetilsyn. Henta frå [https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2013/helsetilsynetrapport5\\_2013.pdf](https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2013/helsetilsynetrapport5_2013.pdf)
- Hem, M., Gjerberg, E., Pedersen, R., & Førde, R. (2010). Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang. *Sykepleien Forskning*, 3, ss. 294-301.  
doi:10.4220/sykepleienf.2011.0007
- Høyland, K., Kirkevold, Ø., Woods, R., & Haugan, G. (2015). *Er smått alltid godt i demensomsorgen? Om bo-og tjenestetilbud for personer med demens*. (Prosjektnummer: 102009637/2015). Oslo: SINTEF akademisk forlag. Henta frå <http://www.ks.no/contentassets/1392e8fff1a847eb8b632ac582afa98a/rapport.pdf?id=40221>
- Johnsen, L., & Smebye, K. L. (2008). Bruk av tvang i demensomsorgen. I A. M. Rokstad, & K. L. Smebye, *Personer med demens Møte og samhandling* (ss. 207-231). Oslo: Akribe AS.
- Kirkevold, M., Ranhoff, K., & Hysten, A. (2014). *Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie 1- Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., ss. 207-280). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, P. (2011). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie 1- Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., ss. 83-133). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2011). *Grunnleggende sykepleie 1- Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Malmedal, W., Ingebrigtsen, O., & Savemann, B.-I. (2009). *Inadequate care in Norwegian nursing homes-as reported by nursing staff*. Henta frå <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2008.00611.x/full>
- Nasjonalforeningen for folkehelsen. (2016). *Hva er demens?* Henta 7. 4, 2016 frå <http://nasjonalforeningen.no/demens/hva-er-demens/>

- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2016). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar*. Henta 18. 4, 2016 frå <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartiklar>
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske reglar*. Henta 2016 frå [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke- En innføring i sykepleiers etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Pasient-og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient-og brukerrettigheter av 02. juni 1999 nr. 63*. Henta 6. 4, 2016 frå [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettigheter#KAPITTEL\\_5](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettigheter#KAPITTEL_5)
- Pedersen, R., Hem, M., Gjerberg, E., & Førde, R. (2013). Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 2013(18), ss. 1935-1939. doi:10.4045/tidsskr.13.0237
- Rokstad, A. M. (2008a). Forståelse som grunnlag for samhandling. I A. M. Rokstad, & K. L. Smebye, *Personer med demens- Møte og samhandling* (ss. 60-86). Oslo: Akribe AS.
- Rokstad, A. M. (2008b). Hva er demens? I A. M. Rokstad, & K. L. Smebye, *Personer med demens- Møte og samhandling* (ss. 27-45). Oslo: Akribe Forlag AS.
- Rokstad, A. M. (2008c). Utdfordrende atferd. I A. M. Rokstad, & K. L. Smebye, *Personer med demens- Møte og samhandling* (ss. 180-206). Oslo: Akribe AS.
- Rokstad, A. M., & Smebye, K. L. (2008). *Personer med demens- Møte og samhandling*. Oslo: Akribe Forlag AS.
- The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care. (2008). *Dementia- Etiology and Epidemiology- A systematic review*. (No 172E/1). Henta frå [http://www.sbu.se/globalassets/publikationer/dementia\\_vol12.pdf](http://www.sbu.se/globalassets/publikationer/dementia_vol12.pdf)
- Wogn-Henriksen, K. (2008). Kommunikasjon. I A. M. Rokstad, & K. L. Smebye, *Personer med demens Møte og samhandling* (ss. 87-113). Oslo: Universitetsforlaget.



## Vedlegg 1- Søkeprosess etter forskning

Søkedato	Database/nettsider	Søkeord	Tal treff	Kva eg gjorde med treffa	Resultat
6.4.2016	Academic Search Premier (inkl. Medline og Chinal)	1.Dementia	43 566	Lagra tal treff	
		2. Coercion	15 259	Lagra tal treff	
		3.Nursing homes	96 104	Lagra tal treff	
		4. 1 AND 2 AND 3	3	Las alle samandrag, og fann ein forskingsartikkel.	"How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study".
	SweMed+	1. Demens	251	Lagra tal treff	
		2. Stellesituasjoner	1	Lagra tal treff	
		3. tvang	73	Såg på overskriftene på treffa, les gjennom relevante forskingsartiklar og fann ein artikkel.	"Bruk av tvang på sykehjem etter ny lovgivning".
		4. 1 AND 3	5	Las alle samandrag og fann to forskingsartiklar.	"Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang" og "Kampen for pasientens beste- sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang".
10.4.2016	www.nej.sagepub.com	1.Dementia	11351	Lagra tal treff	
		2. Care homes	1172	Lagra tal treff	
		1 AND 2	580	Las gjennom treffa og fann ein forskingsartikkel.	"Time ethics for persons with dementia in care homes".