



Bruk av tvang på sykehjem

Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere bruk av tvang på sykehjem?

Kandidatnummer: 248

VID vitenskapelige høgskole

Fredensborgveien

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BIS 2015

Antall ord: 8248

Dato 25.05.2018

**Bacheloroppgaver med karakteren A:**

Jeg samtykker i at min bacheloroppgave publiseres med navn i VID vitenskapelig høgskole  
åpne elektroniske arkiv (VID OPEN):

Sett kryss

Ja:

Nei:

## Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Begrunnelse for valg av tema .....	1
1.2	Problemstilling.....	1
1.3	Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans .....	2
1.4	Avgrensning.....	2
1.5	Oppgavens videre innhold .....	3
2	Metode.....	4
2.1	Litteratur og litteratursøk .....	4
2.1.1	Forskningsartikler.....	4
2.1.2	Litteratur .....	5
2.2	Kildekritikk.....	6
3	Teori .....	9
3.1	Den eldre demente pasient.....	9
3.2	Kjennetegn ved demens .....	10
3.3	Tvang .....	10
3.4	Samtykkekompetanse .....	11
3.5	Når kan tvang brukes? .....	11
3.6	Faktorer som kan føre til bruk av tvang.....	12
3.7	Holdninger til demens.....	13
3.8	Kommunikasjon med personer med demens .....	14
3.9	Sykepleiers ansvarsområde.....	15
4	Drøfting .....	17
4.1	Vanskelig å forholde seg til pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A?.....	17
4.2	Sykepleiers undervisende og veiledende funksjon .....	19
4.3	Kommunikasjon for å forebygge tvangsbruk .....	21
5	Konklusjon .....	24

Litteraturliste .....	25
-----------------------	----

# 1 Innledning

Innledningsvis i oppgavens første kapittel begrunnes valg av tema, problemstillingen presenteres og oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans forklares. Deretter kommer oppgavens avgrensninger. Faglige begreper vil bli avklart underveis i oppgaven. Senere presenteres oppgavens videre innhold.

## 1.1 Begrunnelse for valg av tema

Jeg har valgt temaet ”bruk av tvang på sykehjem” da jeg har planer om å jobbe innen eldreomsorgen når jeg er ferdig utdannet. Dessuten er det noe jeg ønsker å lære mer om og føle meg sikker på. Jeg opplever at mange pleiere på sykehjem er usikre rundt temaet ”bruk av tvang”. Mitt engasjement for å redusere bruk av tvang på sykehjem oppstod tidlig. Første sommer etter fullført videregående skole hadde jeg sommerjobb på sykehjem på lukket avdeling, der alle pasientene hadde en demensdiagnose. Bruken av tvang var hyppig og i mine øyne ofte unødvendig. Det gjorde sterkt inntrykk. I senere tid, som sykepleierstudent, har jeg forstått at ofte er denne bruken av tvang i strid med lovverket og ofte udokumentert (Helsetilsynet, 2013, s. 5). Dette er urovekkende funn, men helt i samsvar med mine erfaringer på sykehjem. ”Mange studenter opplever noe i praksis som berører dem og som de gjerne vil vite mer om, eller forstå bedre. Det kan være et tema for en oppgave” (Dalland, 2014, s. 124). Jeg har vært vitne til flere situasjoner der tvang har blitt brukt der jeg har sett det som unødvendig. Tvangsbruk bør være så minimal som mulig og kun i tilfeller der vedtak om tvang er fattet. Jeg ser et stort forbedringspotensial og tror at det er mulig å redusere tvangsbruken. Det er derfor jeg ser på dette som et spennende tema. Jeg ønsker å belyse hvordan sykepleier kan bidra til å redusere bruk av tvang på sykehjem.

## 1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere bruk av tvang på sykehjem?

### **1.3 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans**

Hensikten med oppgaven er å belyse problematikken ved bruken av tvang mot demente på sykehjem. Jeg vil også undersøke hvordan sykepleier kan bruke sin kunnskap og kompetanse på å begrense bruken av tvang mot pasienter med demens. Jeg ser på det som hensiktsmessig å ha fokus på sykepleiers undervisende og veiledende rolle. Jeg vil se nærmere på om økt kunnskap blant pleiepersonell på sykehjem kan ha innvirkning på graden av tvangsbruk. Jeg vil også si noe om når tvang kan og skal brukes og hva som skal være tilstede før vi kan bruke tvang.

Som sykepleier er det relevant med kunnskap om eldre og demens. Dette er en pasientgruppe som man møter ofte, ikke bare på sykehjem. Vi går en eldrebølge i møte her i Norge og det setter krav til kompetanse om eldre. Pasientene med demens er spesielt sårbare, og de trenger pleiepersonell med engasjement og forståelse for å sikre god pleie og omsorg. Jeg håper denne oppgaven kan bidra til å belyse hvordan tvang kan forebygges og begrenses på sykehjem. Det er også viktig å ha kjennskap om juridiske og etiske retningslinjer, da dette er med på å sikre pasientens trygghet og rettigheter.

### **1.4 Avgrensning**

Jeg velger å avgrense til pasienter fra alder 75 år og oppover med moderat eller langtkommen grad av demens som bor på sykehjem. Jeg avgrenser ikke til skjermet avdeling, da demens er en svært vanlig diagnose på somatiske avdelinger også. Ca. 75 % av beboere på norske sykehjem har utviklet en demenssykdom (Rokstad & Smebye, 2009, s. 38). Til tross for at det finnes ulike demensdiagnoser som kan gi ulikt utfall, velger jeg å ikke skille de ulike diagnosene på grunn av oppgavens størrelse. Begrepet "tvang" er begrenset til fysisk tvang i stell og behandlingssituasjoner. Begrepene sykepleier og pleiepersonell/pleier kommer til å bli brukt om hverandre, da det finnes mange av pleiepersonellet på sykehjem som ikke er sykepleiere. Jeg anser også de som relevante for oppgaven. Det kommer ikke til å være et stort fokus på pårørende i oppgaven, til tross for at pårørende kan være en stor ressurs for både pasienten og sykepleier. Dessverre er min erfaring at noen pasienter med demens mister kontakt med det som før var nære pårørende. Noen eldre er "siste overlevende" fra sin omgangskrets. Noen har barn som slutter å besøke da det er for vondt å se mor eller far forandre seg og bli syk.

## **1.5 Oppgavens videre innhold**

Videre i oppgaven kommer kapittel 2. Her presenteres metode, litteratur og forskning. Det gjøres rede for hvordan jeg har funnet fram til anvendt litteratur og forskning. Videre tar jeg for meg en kildekritikk av stoffet. Kapittel 3 tar for seg teori om blant annet demenssykdom, juridisk informasjon, holdninger om demens, kommunikasjon med pasienter med demens og sykepleiers ansvarsområde. Her vil jeg presentere stoffet og funn fra forskning som blir brukt til drøfting i kapittel 4. Kapittel 5 er konklusjonen av oppgaven, og siste kapittel er en oversikt over kilder og litteratur som er brukt. Viktige begreper vil bli avklart underveis i oppgaven.

## 2 Metode

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Aubert, gjengitt av Dalland, 2014, s. 110).

Denne oppgaven er bygd på et litteraturstudie. Det vil si at jeg har gått gjennom litteratur rundt mitt valgte tema, både relevant forskning og faglitteratur, på en systematisk måte for å svare på problemstillingen min. På denne måten har andres teori og undersøkelser gitt oppgaven retning og hjulpet meg å forstå problemet bedre (Dalland, 2014, s. 132) og å forstå temaet fra et annet perspektiv enn kun mitt eget. Jeg har benyttet forskjellige forskningsartikler. Tre av de er kvalitative studier. Kvalitative studier er nyttig for å få en dypere forståelse av temaet, forståelse av andres mening om saken og opplevelser som ikke lar seg tallfestes eller måles. Det ser jeg på som viktig og relevant, da bruk av tvang mot demente er en kompleks, etisk utfordring. Andres erfaringer og refleksjoner om temaet er nødvendig for å gi denne oppgaven dybde. Den fjerde artikkelen er et kvantitativt studie. Det vil si at studiet viser til målbare faktorer, går mer i bredden og forsøker å få frem det som er felles og representativt (Dalland, 2014, s. 113).

### 2.1 Litteratur og litteratursøk

I dette kapittelet presenteres litteratur og forskning som jeg har brukt til denne oppgaven. Her vil jeg gjøre rede for hvordan jeg har funnet anvendt litteratur og forskning. Jeg vil også si noe om hvorfor jeg valgte som jeg gjorde. Videre tar jeg for meg kildekritikk av stoffet jeg har funnet.

#### 2.1.1 Forskningsartikler

Jeg begynte søket på SweMed+, en database med artikler fra Skandinavia. Det første søket jeg gjorde var med ordene ”bruk av tvang”, og jeg begrenset søket til fagfellevurderte forskningsartikler ved å huke av ”Peer reviewed tidsskrifter”. Jeg fikk 9 treff. Et av treffene var ”*Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning*” av Reidar Pedersen, Marit

Helene Hem, Elisabeth Gjerberg og Reidun Førde, fra 2013. Artikkelen handler om hva slags utfordringer den nye lovgivningen byr på og hva slags erfaringer leger og sykepleiere har med den. Jeg hadde tidlig bestemt meg for at den nye pasient- og brukerrettighetsloven skulle bli en del av denne oppgaven, derfor er denne artikkelen relevant.

Jeg fortsatte søket på Swemed+ og kombinerte søkeordene ”tvang” og ”sykehjem”, fortsatt ”Peer reviewed”. 10 treff kom opp. Artikkelen her som fanget interessen min var ”*Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang*” av Marit Helene Hem, Elisabeth Gjerberg og Reidar Pedersen fra 2011. Artikkelen tar for seg ulike situasjoner på sykehjem der tvang kan oppstå når pleiepersonell forsøker å gi stell og pleie til personer med demens. Jeg valgte å bruke artikkelen fordi den belyser noe som er viktig for meg å få med i denne oppgaven, nemlig at grensen mellom tvang og frivillighet kan være hårfin.

Jeg fortsatte søket på SweMed+ og kombinerte søkeordene ”tvang” og ”demens” for å se om det ga noe utslag. Jeg fikk 10 treff. En artikkel kalt ”*Kampen for pasientens beste – en sykepleiers opplevelse av å delta i bruk av tvang ovenfor pasienter med demens*” av May-Hilde Garden og Solveig Hauge fra 2012 var en av dem. Etter å ha lest artikkelen fant jeg ut at den var nyttig å inkludere for å besvare oppgaven da den belyser holdninger i møte med personer med demens og beskriver sykepleiers opplevelse når tvang blir brukt.

For å finne forskning på engelsk gjorde jeg flere søk for å finne en artikkel jeg synes var relevant. Jeg søkte på Cinahl. Søkeordene som ga treff på en artikkel jeg ønsket å ha med i oppgaven var: ”dementia”, ”nursing home” og ”aggression” i et kombinert søk. Det ga 230 treff, noe som egentlig ble litt vel mye å lete seg igjennom. Jeg begynte likevel å lese overskriftene nedover av ren nysgjerrighet og fant fort en overskrift som fanget oppmerksomheten min. Artikkelen het ”*Mental Health Correlates of Aggression in Nursing Home Residents With Dementia*” av Karen Amann Talerico, Lois K. Evans og Neville E. Strumpf fra 2002. Det er et kvantitativt studie der det er sett på hvorfor pasienter med demens som bor på sykehjem kan reagere med aggresjon.

### **2.1.2 Litteratur**

Jeg har brukt både pensum fra utdannelsen og relevante fagbøker utenfor pensum. Det var nødvendig å bruke noen bøker utenfor pensum da stoffet om demens og bruk av tvang ikke var tilstrekkelig for å besvare oppgaven. Av pensumlitteratur har jeg brukt *Geriatrisk*



sykepleie (Kirkevold, Brodkorp & Rannhoff, 2008), *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning og etikk* (Eide & Eide, 2013), *Etikk i sykepleien* (Brinchmann, 2013), og *Grunnleggende sykepleie – Bind 1* (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2012). *Metode og oppgaveskriving* (Dalland, 2014) har blitt brukt til oppgavens oppbygging.

Av bøker utenfor pensum har jeg valgt *Personer med demens – Møte og samhandling* (Rokstad & Smebye, 2009). Den valgte jeg fordi den hadde en grundig oversikt over demenssykdom og et eget kapittel om bruk av tvang. Jeg valgte også å bruke *Demensguiden* (Kirsti V. Solheim, 2015) da den også så ut til å ha mye god fagkunnskap om demenssykdom.

Nettsiden lovdata.no er brukt for å få rettslig informasjon. Helsetilsynet sine tilsynsrapporter er også brukt for å finne forekomsten av bruk av tvang på sykehjem. Nettsiden til Norsk Sykepleierforbund er også brukt.

## **2.2 Kildekritikk**

Kildekritikk er en sentral del av metoden i oppgaveskriving. Det innebærer å bedømme om kildematerialet er relevant for oppgaven. I følge Dalland er gyldighet, holdbarhet og relevans helt sentralt å se på når det kommer til å ”plukke ut” det viktigste for temaet (2014, s. 74). Kildekritikk innebærer både å være i stand til å forholde seg kritisk til kildematerialet til oppgaven og å kunne vurdere i hvilken grad teori og forskningsresultatene jeg har valgt lar seg overføre til min egen problemstilling.

Jeg er bevisst på at litteraturen jeg har valgt å bruke kan belyse mine tanker og holdninger rundt temaet. At valgene jeg har gjort i forhold til utvalget av forskning og litteratur er valg som er påvirket av min personlighet. Jeg er også klar over at ved bruk av kvalitativ metode kan egne erfaringer og tolkning ha betydning for hvordan jeg leser stoffet, hvordan jeg bearbeider og tolker data. Er jeg bevisst på førforståelsen jeg tar med meg, er det lettere å skille den fra den nye forståelsen jeg vil få etter hvert som jeg går dypere inn i det valgte temaet (Dalland, 2014, s. 121).

I søkeprosessen etter forskning er strukturert litteratursøk nødvendig for å finne de beste artiklene. Heldigvis er temaet jeg har valgt for oppgaven et tema som har vært aktuelt de siste årene, spesielt etter kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven trådte i kraft i 2009. Derav er det gjort mye forskning om bruk av tvang på sykehjem siden. Derfor begrenset jeg søket fra 2010, så jeg kun skulle få opp forskning gjort fra den nye loven trådte i kraft. Jeg gjorde et unntak, det var når jeg skulle søke etter forskning på engelsk. Da så jeg ikke på det som en nødvendighet. Et annet krav jeg hadde var at all forskning jeg fant på nett skulle være fagfellevurdert, det vil si at artiklene er vurdert og godkjent av eksperter innen fagområdet (Dalland, 2014, s. 78).

Den første artikkelen jeg valgte, ”*Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning*” er en originalartikkel publisert i 2013 av Reidar Pedersen, Marit Helene Hem, Elisabeth Gjerberg og Reidun Førde. Den er publisert i ”*Tidsskriftet, den norske legeforeningen*”. Alle forfatterne er knyttet til det Medisinske fakultetet i Oslo. 65 sykehjems ansatte fra fem sykehjem i fire kommuner ble intervjuet i fokusgrupper fordelt på 12 grupper. Hensikten var å undersøke hvilke utfordringer og erfaringer leger og sykepleiere har med den nye lovgivningen. Artikkelen sier selv noe om styrker og svakheter. En svakhet som er nevnt er at det kun er helsepersonells perspektiv, og ikke pasientens, som er undersøkt. Noe annet verdt å nevne er at ikke alle deltakerne i studien er sykepleiere, men også leger, hjelpepleiere osv. Jeg ser ikke på dette som negativt i forhold til relevans, da sykepleiere på sykehjem jobber mye tverrfaglig.

Den andre artikkelen ”*Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang*” (2010) er også av Reidar Pedersen, Marit Helene Hem, Elisabeth Gjerberg og Reidun Førde, samme forfattere som fra første artikkel. Jeg vurderte om det var uheldig å ikke inkludere flere forskere i oppgaven min, da andre forskere kan ha andre perspektiver. Jeg valgte likevel å bruke artikkelen da den tar for seg noe jeg ser på som viktig å inkludere i oppgaven, nemlig at grensen mellom tvang og frivillighet kan være hårfin. Dette er også et kvalitativt studie, der 60 deltakere, igjen tverrfaglig sammensatt, er intervjuet i fokusgrupper. Det står at tvang kan være et følsomt tema å snakke om og at det derfor ble lagt vekt på at deltakerne selv skulle få fortelle det de ville. Det til tross for at dette kunne bety at deltakerne beveget seg utenfor tematikken, da forfatterne erfarer at relevante

historier kunne komme ut av ”hverdagsprat”. Artikkelen har med et eget avsnitt der styrker og svakheter ved studiet er med. En svakhet som forfatterne skriver om er at den metodiske tilnærmingen består av kun intervju, og at deltakende observasjon ville gitt et rikere materiale.

Den andre artikkelen som er brukt er ”*Kampen for pasientens beste – sykepleierens opplevelse av å delta i bruk av tvang ovenfor personer med demens*” (Garden & Hauge, 2012). I dette kvalitative studiet er kun sykepleiere intervjuet. Studiet har klare deltakerkriterier, gode norskkunnskaper, minst et års erfaring med pasienter med demens og å ha deltatt i situasjoner med bruk av tvang. Dette kan være med på å styrke gyldighet og kvalitet på funnene. Artikkelen har også med en egen vurdering av studiets styrker og svakheter, der forskerne selv sier at resultatene i studien må ses i lys av flere metodiske utfordringer. Forfatterne sier noe om hva slags faktorer som kan ha påvirket resultatet, og hva som har vært positivt og negativt i forhold til metoden. Forfatterne skriver at det kun var 8 sykepleiere som deltok i undersøkelsen, noe som gjør at funnene ikke kan generaliseres til demensomsorgen generelt, men at det har overføringsverdi. Deretter presiseres det at i denne type studie og metode handler det først og fremst om dybden på samtalen under intervjuet, ikke antall deltakere. Det er nevnt at førsteforfatter har personlig erfaring fra demensomsorgen og at dette ses på som både positive og negative bidrag til datasamlingen og analysen. Når dette står skrevet indikerer det at forfatter har et bevisst forhold til sine verdier. En slik bevissthet vil gjøre forfatter bedre rustet til å skille ut vitenskapens verdier og forholde seg til dem (Dalland, 2014, s. 119). Andreforfatter har selv ikke erfaring om bruk av tvang og kunne bidra med kritiske spørsmål og refleksjoner.

Den fjerde artikkelen heter ”*Mental Health Correlates of Aggression in Nursing Home Residents With Dementia*” og er skrevet av Karen Amann Talerico, Lois K. Evans og Neville E. Stumpf. Artikkelen er fra 2002. Både fordi artikkelen er amerikansk og fra år 2002 har den ikke direkte overføringsverdi til dagens norske samfunn. Likevel er den relevant for oppgaven da studiet ga informasjon om hvorfor noen pasienter med demens kan reagere med aggressiv atferd. Noe annet som er viktig å være bevisst på er at personlig tolkning i oversettelsesprosessen fra engelsk til norsk kan gi utslag i forståelse av teksten.

## 3 Teori

Dette kapittelet inneholder teori som er aktuell i forhold til oppgavens problemstilling. Teorien underbygges av relevant forskning og annen litteratur.

### 3.1 Den eldre demente pasient

Kroppen eldes gjennom hele voksenlivet. Aldringen kan føre med seg mye. Sansene svekkes, kroppen klarer ikke å regulere blodtrykk og temperatur på samme måte som før. Aldringen påvirker alle organene, inkludert hjernen (Romøren, 2008, s. 31). For noen oppstår det skader i hjernen og demenssykdom kan utvikles (Solheim, 2015, s. 18).

Demens opptrer hyppigst ved alderdom. Kun 2-3% under 65 år blir rammet, mens fra 90 år og oppover har 40,7% en demenssykdom. Denne sammenhengen mellom forekomst av demens og stigende alder finner vi i alle tilgjengelige undersøkelser (Rokstad, 2009, s. 38). Det finnes ulike grader av demens. Symptomene utvikler seg over tid, hos noen kan sykdomsforløpet være kort og intenst, mens hos andre kan det strekke seg over mange år. Som nevnt tidligere avgrenses denne oppgaven til pasienter med moderat eller alvorlig grad av demens. Fra moderat grad av demens opplever personen å miste taket på tilværelsen i større grad. Hukommelsen og evnen til å løse problemer er dårlig. Selv enkle ting som klesvask, matlagning og påkledning blir komplisert. Tilværelsen kan oppleves som kaotisk da det blir vanskelig å danne seg et klart bilde av omgivelsene og det som skjer. Kommunikasjonsproblemer oppstår og stedsansen svikter. Angst, fortvilelse, depresjon og sinne er vanlige reaksjoner på å miste flere og flere funksjoner. Fra alvorlig grad av demens husker personen kun bruddstykker fra tidligere i livet og personen er ikke orientert for tid, sted eller situasjon. Ordforrådet er svært begrenset og vedkommende forstår ikke lenger hva andre sier. Pasienter med alvorlig grad av demens er avhengige av hjelp døgnet rundt (Berentsen, 2008, s. 355).

### **3.2 Kjennetegn ved demens**

Ved alle demenssykdommer foreligger det kognitiv svikt. Dette er også hovedkjennetegnet ved demenssykdommer. Kognitiv svikt påvirker flere områder. Blant annet kan personen oppleve redusert oppmerksomhetsevne, dårligere hukommelse, svekket læringsevne, vansker med å utføre praktiske handlinger og språkproblemer. Dette gjelder både det å forstå og produsere språk. Ofte endrer personens atferd seg også. Noen eksempler på vanlige kjennetegn ved demens som påvirker atferd er depresjon, tilbaketrekning, angst og vrangforestillinger. Motoriske kjennetegn som muskelstivhet, svikt i balanse og inkontinens er også vanlige kjennetegn ved demenssykdom (Solheim, 2015, s. 21).

### **3.3 Tvang**

Hva er tvang? Tvang er fravær av samtykke. Så dersom pleie eller helsehjelp gis uten pasientens samtykke definerer vi det som tvangsbruk i juridisk sammenheng (Johansen & Smebye, 2009, s. 210). I følge Helsetilsynet (2013, s. 5) ble det avdekket lovbrudd i 89% av de 103 kommunene som fikk tilsyn i 2011 og 2012.

I et studie av Hem, Gjerberg, Pedersen & Førde (2011, s. 297) blir det lagt fram flere situasjoner der tvang kan oppstå. Et eksempel er stell og dusj, der spesielt tilgrising av urin og avføring på pasienten kan føre til en tvangssituasjon. Andre situasjoner der bruk av tvang kan forekomme er ved av/påkledning, under forflytning, ved sårstell, ved blodprøvetaking og ved kateterisering. Dette kommer fram i studiet av Pedersen, Hem, Gjerberg og Førde (2013, s. 1937).

Det er flere faktorer som kan øke sannsynligheten for tvang. Lite tid, mangel på respekt for pasientens følelser og dårlig kommunikasjon er med på å øke sannsynligheten for tvangsbruk. Dette ser vi i studiet av Hem et al. (2011, s. 300). Det kommer også fram at fordi sykehjemspasienter med demens trenger mer hjelp til personlig stell og til dagligdagse ting, kan det føre til at pleiepersonell tar over styringen i situasjoner som stell. I disse situasjonene, der pleiepersonalet tar over styringen kan det fort vippe over til tvang.

### **3.4 Samtykkekompetanse**

Hovedregelen når det gjelder helsehjelp er at dette bare kan gis etter pasientens samtykke. Å ha samtykkekompetanse vil si å kunne ta et valg og ha en beslutningsevne. Det innebærer å kunne ta imot og forstå informasjon, å ha innsikt og forståelse for egen situasjon. Pasienten må kunne vurdere konsekvensene av et valg og ha evnen til å uttrykke valget sitt (Johnsen & Smebye, 2009, s. 211). Mange personer med demens er ikke i stand til å forstå konsekvensene av sine valg. I slike tilfeller kan samtykkekompetansen falle bort (Rudi, 2015, s. 225). ”Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter” (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-3).

I 2009 ble kapittel 4A tilføyd til pasient- og brukerrettighetsloven. Den omhandler helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp. Mangel på samtykkekompetanse er den første forutsetningen for å utøve tvang på sykehjem (Rudi, 2015, s. 226). Det kommer fram i studiet av Pedersen et al. (2013, s. 1936) at ansatte på sykehjem kan oppleve samtykke som et vanskelig begrep. Deltakerne i studiet var usikre på hvordan samtykke skulle vurderes og hvem som skulle vurdere det. Det kom også fram at det noen ganger ble brukt tvang selv om samtykkekompetansen ikke var vurdert.

### **3.5 Når kan tvang brukes?**

Det nye lovkapittelet ble innført både for å begrense tvangsbruken og for å sikre at pasienter uten samtykkekompetanse også får nødvendig helsehjelp. Det vil si at i noen tilfeller kan tvang brukes, der det er nødvendig for å gi viktig helsehjelp. Men det er mange strenge vilkår som skal være oppfylt dersom tvangsbruk skal ha hjemmel i loven (Johnsen & Smebye, 2009, s. 220). Som nevnt er det første vilkåret som må være tilstede for å kunne bruke tvang at pasienten ikke er samtykkekompetent. Det neste vilkåret er at en skal forsøke tillitsskapende tiltak først, det vil si tiltak som kan bidra til at pasienten tar i mot helsehjelpen uten å motsette seg. Tillitsskapende tiltak kan for eksempel være å ha primærkontakt/få kjente pleiere som hjelper pasienten, ta seg nok tid og bruk av musikk. At tillitsskapende tiltak skal være forsøkt stiller krav til at man må tenke seg om og prøve å

forstå pasienten. Det stiller også krav til et høyere demensfaglig nivå. Hvis pasienten fortsatt motsetter seg hjelp etter tillitsskapende tiltak er forsøkt, er det neste vilkåret at det er fare for vesentlig helseskade uten hjelpen. Helsehjelpen må være nødvendig og tiltaket må stå i forhold til behovet for helsehjelp. Ved siden av disse vilkårene skal det også vurderes om bruken av tvang vil føre til den helhetlig beste løsningen for pasienten. Her er blant annet graden av motstand viktig å ta med i vurderingen. (Rudi, 2015, s. 226).

I studiet av Pedersen et al. (2013, s. 1936) viser resultatene at tvangsbruk mot pasientene var hyppig og at det ble fattet få vedtak. Det kommer også fram at studiedeltakerne var usikre på praktiseringen av det nye lovverket.

### **3.6 Faktorer som kan føre til bruk av tvang**

For å forebygge og begrense bruk av tvang er det viktig å se på hvilke faktorer som kan føre til tvangsbruk. Pasienter med demens er sårbare. Noen av symptomene på sykdommen kan være endret atferd, angst, vrangforestillinger, forvirring og mistenksomhet. Dette er med på å gi en følelse av mangel på kontroll. Samtidig er det ofte vanskelig for personer med demens å uttrykke egne behov og egne ønsker. Dette kan føre til motstand og aggresjon når pleiepersonell skal hjelpe med pleie og omsorg (Hem et al., 2010, s. 298). I et studie gjort av Talerico, Evans og Strumpf (2002, s. 173) er funnene det samme. Hovedfunnene i dette studiet viser til at personer med demens med kommunikasjonsproblemer har større sannsynlighet for å reagere med aggresjon.

Spesielt hjelp til personlig stell kan fremprovosere motstand, dette kommer fram i studiet av Hem et al. (2010, s. 298). Personlig stell innebærer at pleiepersonell får tilgang til intime områder av kroppen til pasienten. Derfor kan hjelp til stell føles som en invasjon av deres personlige rom. Dette kan føre til at pasienten føler seg truet, noe som kan føre til motstand (Hem et al., 2010, s. 298). I situasjoner som dette er det viktig å gjøre et forsøk på å forstå pasienten og hvorfor pasienten tyr til motstand og/eller aggresjon. Denne type atferd må ses som en måte pasienten kommuniserer på. Det kan fortelle oss om udekkede behov eller være en reaksjon på omgivelsene (Rokstad, 2009, s. 183).

I studiet av Garden og Hauge (2012, s. 20) mener deltakerne at arbeidspress er med på å øke tvangsbruken mot pasientene. De beskriver at tidsmangel førte til et press om å få jobben unnagjort. Denne opplevelsen av stress i arbeidshverdagen gjorde det vanskelig å være tilstedeværende på den måten som er nødvendig for å forstå pasienten i komplekse situasjoner. Deltakerne nevner også kompetansemangel som en faktor som er med på å øke tvangsbruken. Deltakerne var enig i at kunnskap om demens og erfaringer fra andre lignende situasjoner var viktig for å finne frivillige omsorgstiltak. Likevel kunne sykepleierne føle seg alene om å jobbe med å forebygge tvangsbruk, da det ofte var få ansatte med tilstrekkelig kunnskap om temaet.

### **3.7 Holdninger til demens**

I Garden og Hauge (2012, s. 21) sitt studie konkluderes det med at sykepleiernes holdning er med på å påvirke bruken av tvang på sykehjem. Det var noen av sykepleierne som mente at personen med demens ”går tapt” i forbindelse med den kognitive svikten. Når personalet mente at pasienten hadde ”gått tapt” kunne dette føre til bruk av tvang. Det gjaldt situasjoner der pleierne ønsket å oppnå pasientens beste og å ivareta pasientens verdighet ved at pasienten så velstelt ut. En deltaker sa: ”Mange av dem har jo mistet seg selv, et jeg. Da må jeg ikke påføre enda mer. At de mister det lille de har igjen. Respekten. At de ser ordentlig ut” (Garden & Hauge, 2012, s. 20). Dette kan ses som et eksempel på paternalisme. Begrunnelsen for å ta paternalistiske valg, som i dette tilfellet er å bruke tvang for å få pasienten stelt, uten at det foreligger noen oppriktig fare for liv og helse, bunner gjerne i en generell holdning om at personer med demens ikke har forutsetninger for å ta autonome valg. Pleieren tar seg rett og slett friheten til å bestemme hva som er best for pasienten (Solheim, 2015, s. 86). I samhandling med personer med demens oppstår det ofte dilemmaer mellom personalets paternalisme og pasientens autonomi. Situasjoner der man ønsker å gjøre det en selv mener er best for pasienten og samtidig respektere pasientens autonomi (Rokstad, 2009, s. 79).

Ordet ”demens” kommer fra det latinske *de* (uten) og *mens* (sjel, sans, sinn, forstand). Den direkte oversettelsen på norsk blir altså *uten sjel* (Smebye, 2009, s. 20). Å ta denne



oversettelsen bokstavelig har et uttrykk, dementofob holdning. Det vil si å se personer med demens som ”ikke-levende”, ”hjernedød” og uten menneskelige følelser. Denne holdningen kan komme fram i dagligtalen når alvorlig demenssyke mennesker omtales som ”grønnsaker” eller som ”helt bortreist” (Rokstad, 2009, side 66).

Tom Kitwood, professor i sosialpsykologi beskrev en ny teori om demensomsorg på slutten av 90-tallet. Den gikk ut på at personer med demens måtte forstås gjennom et helhetlig bilde, ikke bare gjennom sykdommen. Kitwood mener at i tillegg til de hjerneorganiske endringene som skjer hos personer med demens er det en kompleks interaksjon mellom fem elementer, personlighet, livshistorie, helse, nevropatologi og sosialpsykologi. Alle disse elementene utgjør demensbildet (Rokstad, 2009, s. 70). Kitwood var spesielt opptatt av de sosialpsykologiske faktorene, det som handler om betingelsene i våre omgivelser og relasjonene vi har til andre. Det som det handler om er at helsearbeideren skal se hele personen med demens, med fokus på alle de fem elementene fremfor å fokusere ensidig på hjerneskaden. (Rokstad, 2009, s. 55). Kitwoods forskning har endret demensomsorgen i Norge de siste årene. Det har vokst en dypere forståelse og et ønske om å gjøre demensomsorgen bedre. Det kan tyde på at vi går fra å ha et mer oppgave- og problemorientert fokus til et mer person- og løsningsorientert fokus (Solheim, 2015, s. 69).

### **3.8 Kommunikasjon med personer med demens**

Som nevnt tidligere er noen av kjennetegnene ved demens nedsatt oppmerksomhet, nedsatt hukommelse, redusert evne til å tenke logisk og nedsatt konsentrasjonsevne. Dette har stor innvirkning på evnen til å kommunisere, derfor kan kommunikasjon med personer med demens være en utfordring (Solheim, 2015, s. 204). Eldre lider også ofte av hørseltap, noe som er med på å gjøre kommunikasjon vanskeligere (Helbostad, 2008, s. 287).

Behovet for samhandling med andre mennesker ligger dypt i de fleste. Det er ingenting som tyder på at dette behovet er noe mindre for personer med demens, til tross for at språket ikke er like presist og effektivt (Wogn-Henriksen, 2009, s. 92). Noen med demens utvikler afasi. Afasi er en felles betegnelse for redusert evne til å bruke språket til å

uttrykke seg og å forstå språk. Dette er forårsaket av skade på hjernen i det området av hjernen som bearbeider språk og knytter sammen tanker og ord. Afasi kan ha ulike utfall, avhengig av hvor skaden i hjernen er. Å kommunisere med afasirammede krever god kunnskap om pasientens lidelse og evne til å leve seg inn i pasientens situasjon. Det krever også mye tålmodighet, evne til å vise interesse, lytte og forsøke å forstå (Eide & Eide, 2013, s. 384).

Som nevnt tidligere i oppgaven er tillitsskapende tiltak noe som skal være forsøkt før tvang kan brukes. For å skape tillit til pasienten er god kommunikasjon viktig. Tillit innebærer å være åpen og ærlig. Det bygger på nærvær og respekt. Bekreftelse er et kjerneord når det kommer til kommunikasjon med personer med demens. Det kan være vanskelig å forstå alt som blir sagt av pasienten med demens og logikken bak det. Da blir det viktig å lytte til pasienten og prøve å forstå det følelsesmessige budskap som ligger i det pasienten sier og gjør. Personer med demens kan som alle andre ha gode grunner til å bli sinte, redde eller lei seg. Da er det viktig at dette tas på alvor. Ved å observere og lytte godt, og å vise pasienten at man er i stand til å oppdage hvordan pasienten faktisk har det. Først da kan en vise forståelse og vise pasienten at man "ser han/hun" (Eide & Eide, 2013, s. 392).

### **3.9 Sykepleiers ansvarsområde**

Alle sykepleiere har de yrkesetiske retningslinjene å forholde seg til ved utførelse av sykepleie. De omhandler sykepleierens forhold til profesjonen, pasient, pårørende, medarbeidere, arbeidssted og samfunn. De yrkesetiske retningslinjene bunner i verdiene barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter (Sneltvedt, 2013, s. 99). En sykepleiers fundamentale plikter bygger på fire punkter: å fremme helse, å forebygge sykdom, å lindre lidelse og å sikre en verdig død (Sneltvedt, 2013, s. 100). "Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og setter seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten" (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2016).

Å jobbe som sykepleier vil ofte innebære å ta stilling til vanskelige situasjoner. Sammensatte og kompliserte etiske utfordringer kan oppstå. Bruk av tvang er et eksempel

på et etisk dilemma, ofte handler det om konflikt mellom pasientens autonomi og pleiers plikt til å yte hjelp (Rokstad, 2009, s. 78). En sterk yrkesetikk sammen med gode fagkunnskaper er en god forutsetning for god sykepleie (Brinchmann, 2013, s. 183).

Sykepleieren på sykehjem har ansvar på flere nivåer. Ansvar i møte med pasienten og pårørende og dokumentasjon av sykepleie er naturligvis en stor del av jobben, men sykepleier på sykehjem har også ansvar innen å lede pleieteamet, fagutvikling og kvalitetsarbeid (Skotnes, Omli, Einarsen & Dahlhaug, 2008, s. 278). En av sykepleierens funksjonsområder er innen undervisning og veiledning (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2012, s. 19). I det daglige arbeidet på sykehjemmet er det ofte sykepleieren som har høyest kompetanse. Med dette fører det et ansvar for at det utvikles og vedlikeholdes et aktivt fagmiljø. Dette ansvarsområdet er svært viktig da det jobber mange ufaglærte på sykehjem som trenger god opplæring (Skotnes et al., 2008, s. 279). Jeg kommer tilbake til dette temaet i kapittel 4.

## 4 Drøfting

I dette kapitlet brukes kunnskapen fra teoridelen og egne erfaringer fra sykehjem til å drøfte problemstillingen ”Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere bruk av tvang på sykehjem”. Jeg vil diskutere noen årsaker til hvorfor det er så mange brudd på pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A på sykehjem og hvordan sykepleier kan bruke sin undervisende og veiledende rolle for å redusere bruken av tvang mot pasientene. Jeg skal også diskutere hvorfor kommunikasjon er viktig for å unngå bruk av tvang.

### 4.1 Vanskelig å forholde seg til pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A?

Mange sykepleiere synes jus er utfordrende. Jus har blitt viktigere etter hvert som helseretten har blitt mer omfattende. Det stilles dermed høyere krav til sykepleieren om å være oppdatert på lovverket. Det stilles også krav til sykehjemsavdelingene. Kravene innebærer blant annet å ha gode rutiner for å ivareta opplæring av personell når det kommer nytt regelverk som angår sykehjemmet (Sneltvedt, 2013, s. 163). I dette avsnittet drøfter jeg det som kan være noen årsaker til hvorfor det er så mange lovbrudd på bruker- og pasientrettighetsloven kapittel 4A.

Som nevnt tidligere hadde jeg ikke noe kjennskap til lovverket som ufaglært på sykehjem. Jeg visste ingenting om hva som gjorde at bruken av tvang hadde hjemmel i loven eller ikke. Når en ikke har kjennskap til pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A er det åpenbart at det blir vanskelig å forholde seg til den. Forskning av Pedersen et al. (2013, s. 1938) viser også til dette, at det er mange som ikke har nok kjennskap til loven. Det kommer også fram at ufaglærte har fått minst opplæring. Min egen erfaring rundt dette området er at deltakelse på undervisning i regi av sykehjemmet ofte er frivillig. Dessuten er det ofte ulønnet om du ikke er på vakt på det tidspunktet undervisningen er satt opp. For det første er det rimelig å tro at når undervisning blir lagt opp på denne måten er det kun de mest engasjerte pleierne som deltar, ikke folk flest. For det andre kan det tyde på at den opplæringen pleierne på sykehjemmet får om pasient- og brukerrettighetsloven ikke er god nok. I forkant av innføringen av den nye lovgivningen fikk flere virksomheter opplæring

før Helsetilsynet (2013) avdekket tvangsbruken på sykehjem i Norge. Likevel var det lite forskjell i forekomst av bruken av tvang mot pasientene (Helsetilsynet, 2013, s. 13). Deltakere fra studiet av Pedersen et al. (2013, s. 1938) som deltok på kurs fra Helsetilsynet i fylkene husker undervisningen som tørr og kjedelig. Noen sa de husker lite fra kurset.

Når man ser saken i et slikt lys virker det nesten forgjeves å undervise de ansatte på sykehjem om lovverket. Min personlige mening her er at store temaer som dette må tas opp til diskusjon og refleksjon kontinuerlig. Kanskje kan det tenkes at utfallet etter kursingen kunne vært bedre hvis det fantes en arena for å vedlikeholde og videreutvikle kunnskapen Helsetilsynet ga de ansatte. Noe som gjorde at de ansatte kunne diskutere det de lærte på kurset i lys av dilemmaene de møter hver dag med pasientene. Rom for å reflektere og dele erfaringer om utfordrende situasjoner der de er usikre på om bruken av tvang er nødvendig og lovlig. Her tror jeg sykepleier kan ha en betydelig rolle. Dette skal jeg diskutere videre i avsnitt 4.2.

I følge Pedersen et al. (2013, s. 1938) er det stort potensial for feiltolkninger av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. Deltakerne i studiet mener at det er mye uklart rundt de sentrale begrepene som ”nødvendig helsehjelp” og ”samtykkekompetanse”. Deltakerne ga uttrykk for at for eksempel ”helsehjelp” er et uttrykk som ikke er særlig tydelig avgrenset. Det ble gitt uttrykk for at kravene for vedtak om tvang er urealistiske og at de var usikre på praktiseringen av lovverket. På den andre siden mente deltakerne at loven har bidratt til å øke bevissthet rundt bruk av tvang. Det er likevel grunn til å diskutere om pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A er godt nok tilpasset hverdagen i norske sykehjem (Pedersen et al., 2011, s. 1939). I studiet av Hem et al. (2010, s. 298) kommer det fram at det kan være uklart hva som er tvang og hva som er frivillighet i omsorg og pleie av personer med demens. Kanskje noe av grunnen til at deltakerne i studiet opplevde at grensene mellom frivillighet og tvang handler om ”uklare” regler og begreper å forholde seg til. Deltakerne i studiet av Pedersen et al. (2013) mente at blant annet usikkerheten rundt hva som defineres som tvang gjorde det vanskeligere å forholde seg til pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A (Pedersen et al., 2013, s. 1937).

## 4.2 Sykepleiers undervisende og veiledende funksjon

Som nevnt tidligere i oppgaven er noe av sykepleierens funksjoner undervisning og veiledning. Dette retter seg både mot pasienter, pårørende og medarbeidere. I dette avsnittet vil jeg diskutere hvordan sykepleier kan bruke sin undervisende og veiledende funksjon rettet mot sine medarbeidere for å redusere bruken av tvang på sykehjem.

Min egen erfaring i både jobb og praksis fra sykehjem var at tvang kunne bli brukt i situasjoner der jeg selv opplevde det som unødvendig. Enkelte ganger syntes jeg det kunne se ut som pleierne verken hadde ork eller tok seg tid til å forsøke tillitskapende tiltak eller kommunisere på en god måte. I disse situasjonene kunne det virket som om det var lite fokus på hvordan pasienten opplevde bruken av tvang. Fokuset lå på at arbeidsoppgavene skulle bli gjort fremfor hvordan oppgaven skulle gjøres. Mitt første møte med sykehjemmet var, som nevnt tidligere, ufaglært på sykehjem i sommerjobb. Da jeg først innså omfanget av tvangsbruk mot pasientene, tenkte jeg ikke over at det ofte ble gjort på en sånn måte at det var ulovlig. Det kunne jeg ikke noe om. Men jeg ble veldig opprørt og lei meg over at det var som det var. Jeg kunne også selv befinne meg i situasjoner der jeg følte meg tvunget til å ty til tvangsbruk. Jeg hadde verken kjennskap til lovverket eller kunnskap om demenssykdom. Opplæringen jeg hadde fått på sykehjemmet var minimal. Jeg hadde heller ikke kunnskap om kommunikasjon med personer med demens, og jeg kjente ikke pasientene godt nok til å vite hvordan jeg kunne vinne tilliten deres. Nå som jeg ser tilbake skulle jeg ønske jeg hadde fått mer opplæring og oppfølging underveis. Ikke minst skulle jeg ønske at jeg hadde en rollemodell når jeg var på jobb. En med høy kompetanse og med et engasjement for å lære bort til de som kan mindre og har lite erfaring. Min opplevelse av å være ufaglært på sykehjemmet var at det fantes flere ansatte, ofte sykepleiere, med høy kompetanse. Mange var tydelig flinke i faget sitt, og de kunne vært gode rollemodeller. Dessverre var det sjeldent jeg fikk mulighet til å lære noe av de. Jeg var ofte alene i stell og de delte ofte ut medisiner.

Min erfaring på sykehjem er et godt eksempel der det fantes kunnskapsrike ansatte, men det var ingen arena for å dele kunnskap og utvikle en interesse for faget. En sykepleier uttalte i studiet til Garden og Hauge (2012, s. 20) at hun kunne føle seg alene om å ha tilstrekkelig kunnskap om tiltak som kan forebygge tvangsbruk. Hun sa: ”I og med at jeg

er den eneste sykepleieren som er på avdelingen, så følte du litt at kunnskapsnivået var litt lavt ” (Garden & Hauge, 2012, s. 20).

Funnene fra studiet kan knyttes til min egen erfaring, nettopp at sykepleierne sitter på mye kompetanse, men at denne ikke nødvendigvis når ut til så mange andre. Dette til tross for at sykepleiere har et ansvar innen å lede pleieteamet og ”sette faglig standard” for behandling, pleie og omsorg som gis (Skotnes et al., 2008, s. 278). Dette er viktige krav som stilles av sykepleier, men det skal likevel sies at det kan være vanskelig å gjennomføre i praksis. Det kan være utfordrende å få med alle medarbeiderne i en arbeidsform som inspirerer til å gi et godt faglig tjenestetilbud med hjemmel i loven hvis det har utviklet seg en kultur i avdelingen der de ansattes rutiner går foran beboernes ønsker og behov. I sånne tilfeller er det ikke nok med kompetanseutvikling, da er det også nødvendig med holdningsarbeid (Skotnes et al., 2008, s. 280). Betydningen av holdninger kommer fram i forskning gjort av Hem et al. (2010, s. 300). Resultater fra studiet viser at liten respekt for pasientens følelser er med på å øke bruken av tvang. Kunnskap og holdninger henger sammen. Med ny kunnskap får en ny innsikt, noe som kan påvirke holdninger og fordommer (Solheim, 2015, s. 84).

Sykepleier kan bruke sin undervisende og veiledende funksjon til å legge opp til kompetanseutvikling og holdningsarbeid blant pleiepersonalet ved å skape en arena der kunnskap om demens og lovverket er tilgjengelig for å forebygge bruk av tvang mot pasientene. Sykepleieren kan vekke faginteressen ved å lære bort en arbeidsform der en reflekterer, undrer seg og vurderer når det er behov for å hente inn mer kunnskap om et tema (Skotnes et al., 2008, s. 279). Sykepleieren bør dessuten legge til rette for mulighet for veiledning og refleksjon, der ansatte kan ha uformelle samtaler, dele erfaringer og oppmuntre hverandre. Arenaer for dette kan være personalmøter, rapportmøter og lignende. (Rokstad, 2009, s. 342) For øvrig skal det nevnes at tidsklemma finnes i høy grad på de fleste sykehjem. Realiteten er nok at det kan være utfordrende å sette av mye tid til refleksjon. I den forbindelse vil jeg belyse viktigheten av sykepleier som rollemodell på sykehjem i sin undervisende og veiledende funksjon. Sykepleieren kan være en god rollemodell ved å utøve det en selv underviser. En bør også ”sette en standard” ved å gå fram som et godt eksempel når det kommer til å forholde seg til lovverket, behandling av

pasientene og hvordan en omtaler pasientene (Skotnes et al., 2008, s. 279). Ved å være med på å bygge opp et godt personalmiljø blir det mer rom for fellesskap, støtte og nye ideer. Dette er en nødvendig forutsetning for et engasjert arbeid med personer med demens. Slik blir det også mulig å tømme ut noe av vår fortvilelse og slitenhet. (Wogn-Henriksen, 2015, s. 101).

Ofte er det sykepleier som er avdelingsleder på sykehjemmet. Derfor skal verdien og viktigheten av en god leder nevnes. Lederen har et særlig ansvar når det kommer til å tilse at pleien og omsorgen drives etter faglige, etiske og lovpålagte føringer. Dessuten er holdninger og handlinger til lederen av stor betydning for den faglige standarden og for menneskesynet som råder på avdelingen. Pleiekulturen på avdelingen avhenger av ledelsen (Rokstad, 2009, s. 341). På noen sykehjemsavdelinger er kulturen å arbeide løsningsorientert. På andre avdelinger er kulturen mer problemfokuset. Der dominerer frustrasjon og oppgitthet. Det virker både begrensende og tappende, og det gir lite rom for forbedring. Dette kan føre til pleiere som mistrives på jobb, noe som vil påvirke samspillet mellom pleieren og pasienten i negativ retning (Rokstad, 2009, s. 69).

### **4.3 Kommunikasjon for å forebygge tvangsbruk**

Det er kommunikasjon som bygger og utvikler relasjoner (Wogn-Henriksen, 2009, s. 88). Forskning gjort av Hem et al. (2010, s. 300) viser at etablering av tillitsfulle relasjoner til pasientene er en måte å redusere bruken av tvang. En nær relasjon mellom sykepleier og pasienten gjør det lettere å gi omsorg og pleie på pasientens premisser. (Smebye, 2009, s. 17). En sykepleier bør bruke kunnskap om kommunikasjon som et verktøy for å lettere etablere tillit blant pasientene med demens (Wogn-Henriksen, 2009, s. 98). Det skal likevel nevnes at dette kan være utfordrende. Evnen til å forstå og gjøre seg forstått blir påvirket ved demenssykdom. (Wogn-Henriksen, 2009, s. 93). Det kan tyde på at utfordringer ved kommunikasjon med personer med demens er med på å øke tvangsbruken på sykehjem. Dette ser vi i studiet av Talerico et al. (2002, s. 173) der hovedfunnene viser til at pasientene med dårlig kommunikasjonsevne oftere reagerte med å motsette seg pleie. Hvordan sykepleier henvender seg til pasienten med demens kan ha stor innvirkning. Dette ser vi i studiet av Hem et al. (2010, s. 300). Vi ser at pasientens motstand i stell kan være knyttet til måten pleien gjøres på, ikke selve pleien. Sett i et slikt lys, er det rimelig å tro at



ved å opptre og kommunisere på en mer hensiktsmessig måte ovenfor pasienten, kan dette forebygge bruken av tvang ved stell. På den andre siden skal det sies at det kan være krevende. Utdfordrende situasjoner kan oppstå og selv om sykepleier vil forholde seg rolig, kan man likevel oppleve å bli sint. Når en blir sint er det vanskelig å handle rasjonelt (Garden & Hauge, 2012, s. 20). Å arbeide med personer med demens kan være krevende for pleiepersonell. Både omsorgen i seg selv, men også på grunn av tidspress og manglende kunnskaper (Solheim, 2015, s. 66). Demens er en kronisk og progredierende sykdom. Det økende behovet for hjelp og den språklige svikten som følger med sykdommen er gode grunner for å fokusere på kommunikasjon i demensomsorgen (Wogn-Henriksen, 2009, s. 88). Dessuten skal, som nevnt tidligere, tillitsskapende tiltak være forsøkt før tvang kan brukes (Rudi, 2015, s. 226). Kunnskap om kommunikasjon vil øke muligheten for å skape en tillitsfull relasjon mellom pasient og pleier (Solheim, 2015, s. 203).

Kommunikasjonen med sykepleieren og pasienten trenger ikke nødvendigvis ord. Det kan være nyttig å ha kunnskap om ulike måter å kommunisere uten ord da personer med demens kan oppleve å få betydelig nedsatt evne til å snakke og forstå det som blir sagt (Wogn-Henriksen, 2009, s. 94). Det finnes flere måter å kommunisere gjennom nonverbale kanaler, der en av de er gjennom berøring. Berøring kan formidle kontakt, sympati og omsorg (Eide & Eide, 2013, s. 210). Jeg har selv observert pleiere som har klart å berolige en pasient med langtkommen grad av demens ved personlig stell. En pasient som tilbragte store deler av dagen i sengen, svært syk og svært redd. Ofte lå han og ropte ”mamma”. Gjennom stellet tok pleierne seg god tid, det var tydelig at pasienten likte følelsen av en varm klut mot huden. Gjennom stellet kan sykepleier bruke berøring på en omsorgsfull og kontaktskapende måte for å formidle dette og komme nærmere pasienten på kortere tid. Måten det gjøres på er viktig. Hvis berøringen under stellet er uten varsomhet og respekt kan det oppleves negativt og integriteten krenkes (Ranhoff, 2008, s. 181).

Hvis pleieren er mentalt fraværende i samhandlingen med pasienten kan pasienten føle seg neglisjert, ignorert og usynliggjort (Solheim, 2015, s. 65). Det kan være krevende å arbeide men pasienter med demens over tid. Ikke bare fordi omsorgen og pleien kan være en utfordring i seg selv, men også mye på grunn av tidspress og lavt kunnskapsnivå (Solheim,

2015, s. 66). Dette ser vi også i studiet av Garden og Hauge (2012, s. 20). Der uttaler en av deltakerne at arbeidspress og kompetansemangel gjør at fokuset på individet ofte faller bort. Stresset ved å ha lite med tid og ha ansvar for så mange pasienter samtidig kan føre til at sykepleieren blir sint når pasienten ikke vil samarbeide. Når en kommuniserer med personer med demens er det viktig vise at en har respekt for pasientens følelser. Da er det viktig å observere og lytte godt for å finne ut hvordan pasienten egentlig har det (Eide & Eide, 2013, s. 392). Det kan være vanskelig å forstå et annet menneske, spesielt et menneske som i tillegg er glemsk, desorientert, urolig og språkfattig. Poenget er ikke nødvendigvis å forsøke pasienten med demens full ut og i alle sammenhenger. Det handler om å ha en innstilling og et ønske om å komme pasienten i møte. Det er verdifullt for pasienten med demens å oppleve at vi ønsker å forstå (Wogn-Henriksen, 2015, s. 91). Pasienter med langtkommen demens kan ha fraværende emosjonelle uttrykk, dette betyr ikke dermed at det ikke finnes følelser (Wogn-Henriksen, 2009, s. 108).

## 5 Konklusjon

Gjennom denne oppgaven har jeg ønsket å se på hvordan sykepleiere kan bidra til å redusere bruken av tvang mot sykehjemspasienter med demens. Jeg har prøvd å belyse noen utfordringer. Deretter har jeg prøvd å se på hvordan noen av disse utfordringene bør jobbes med, og hva sykepleieren kan bidra med. I arbeidet med denne oppgaven har jeg sett at mye av problematikken rundt tvangsbruken bunner i kunnskapsmangel og dårlige holdninger hos pleiepersonell på sykehjemmet, sammen med arbeidspress og lite tid. Derfor er økt kunnskap hos både sykepleier og de andre pleierne viktig for å forebygge tvangsbruken. Pleiepersonell trenger økt kunnskap om lovverket for å kunne forholde seg til lover og regler. Økt kunnskap om kommunikasjon for å møte pasientene med demens på en god måte er også viktig, da dette skaper en god relasjon mellom pasient og sykepleier. Dette vil sannsynligvis være med på å redusere bruk av tvang mot sykehjemspasienter med demens. Ansvar for å redusere bruken av tvang ligger ikke kun på sykepleier, det må være et mål og ønske fra både ledelse og andre ansatte. Det må settes av tid og mulighet til heving av kompetanse og etisk refleksjon. For å bidra til å begrense bruken av tvang på sykehjem kan sykepleieren bruke sin undervisende og veiledende rolle for å øke kunnskapen blant pleiepersonellet. Ved at sykepleier jobber for å heve kunnskapsnivået på avdelingen om lovverket, demenssykdom og kommunikasjon med personer med demens kan dette være med på å redusere bruken av tvang mot personer med demens.

## Litteraturliste

- Berentsen, V. D. (2008). Kap 28: Kognitiv svikt og demens. I I M. Kirkevold, K. Brodtkorp, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 350-382). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brinchmann B. S. (2013). *Etikk i sykepleien*. (3. utg) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide H. & Eide T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. utg) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- 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. Hentet fra:  
[https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2438316/2012Garden\\_og\\_Hauge.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2438316/2012Garden_og_Hauge.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Helbostad, J. L. (2008). Kap. 23: Bevegelse og aktivitet: Aldersendringer og svikt i bevegelsesfunksjon. I M. Kirkevold, K. Brodtkorp, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 287-304). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helsetilsynet. (2013). *Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 og 2012 med tvungen helsehjelp til pasienter i sykehjem: Tvil om tvang*. Hentet fra:  
[https://www.helsetilsynet.no/globalassets/upload/publikasjoner/rapporter2013/helse\\_tilsynetrapport5\\_2013.pdf](https://www.helsetilsynet.no/globalassets/upload/publikasjoner/rapporter2013/helse_tilsynetrapport5_2013.pdf)
- Hem, M. H., Gjerberg, E., & Pedersen, R. (2010). Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang [Nursing and care at the boundary between voluntariness and coercion]. *Sykepl Forsk*, 5(4), 294-301.  
<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0007>
- Johnsen, L. & Smebye, K. L. (2009) Kap 9: Bruk av tvang i demensomsorgen. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte om samhandling* (s. 207-231). Oslo: Akribe AS.

- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug E-A. (2012) *Grunnleggende sykepleie – Bind 1* (2. utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Norsk sykepleierforbund (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven#KAPITTEL\\_4](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven#KAPITTEL_4)
- Pedersen, R., Hem, M. H., Gjerberg, E., & Førde, R. (2013). Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning. *Tidsskr Nor Legeforen*, 133(18), 1935-9. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.0237>
- Ranhoff, A. H. (2008). Kap. 16: Den akutt syke gamle. I M. Kirkevold, K. Brodtkorp, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 180-195). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Rokstad, A. M. M. (2009). Kap 15: Kompetanseutvikling hos personalet. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 340-350). Oslo: Akribe AS.
- Rokstad, A. M. M. (2009). Kap 2: Hva er demens?. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 27-45). Oslo: Akribe AS.
- Rokstad, A. M. M. (2009). Kap 3: Utredning og diagnostikk. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 47-59). Oslo: Akribe AS.
- Rokstad, A. M. M. (2009). Kap 4: Forståelse som grunnlag for samhandling. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 60-86). Oslo: Akribe AS.
- Rokstad, A. M. M. (2009). Kap 8: Utdfordrende atferd. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 180-206). Oslo: Akribe AS.
- Romøren, T. I. (2008). Kap. 2: Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorp, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 29-37). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Rudi, A-P. (2015) Kap 25: Loven – tjenester og rettigheter. I K. V. Solheim (Red.), *Demensguiden: Holdninger og handlinger i demensomsorgen* (s. 224-235). Oslo: Universitetsforlaget.
- Skotnes, L. H., Omli, R., Einarsen, E. K. & Dahlhaug, L. (2008). Kap 22: Eliminasjonsproblemer. I I M. Kirkevold, K. Brodtkorp, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 274-286). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Smebye, K. L. (2009). Kap 1: Å møte personer med demens. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 13-26). Oslo: Akribe AS.
- Sneltvedt, T. (2013). Kap 6: Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s. 97-116). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Sneltvedt, T. (2013). Kap 9: Hva innebærer det å være en profesjonell sykepleier?. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s. 151-165). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Solheim, K. V. (2015) Kap 23: Kommunikasjon. I K. V. Solheim (Red.), *Demensguiden: Holdninger og handlinger i demensomsorgen* (s. 201-215). Oslo: Universitetsforlaget.
- Solheim, K. V. (2015). *Demensguiden: Holdninger og handlinger i demensomsorgen* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Talerico, K. A., Evans, L. K., & Strumpf, N. E.(2002). Mental health correlates of aggression in nursing home residents with dementia. *The Gerontologist*, 42(2), 169-177. <https://doi.org/10.1093/geront/42.2.169>
- Wogn-Henriksen, K. (2009). Kap 5: Kommunikasjon. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 87-113). Oslo: Akribe AS.
- Wogn-Henriksen, K. (2009). Kap 7: Om å forstå personen med demens. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 90-102). Oslo: Akribe AS.