



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag

Hilde R. Kjelsberg og Merete Røistad

For pasientens beste? For the patients best interest?

Veileder: Jan Sensland Holte

Ord: 10145

Bachelor i sykepleie

2012

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Ny lærdom

Utruleg lenge var eg sterk og sprek
og kunne halde fram min vante veg
og trudde ikkje at slikt vondt som råker
så mange gamle folk, skulle råke meg.

Eg såg på gamle skrøplingar, og tenkte
at om dei for alvor kunne sette vilje inn
kunne dei vel te seg mindre ynkelege.
Jo, det er sant. Så hard var eg, så blind.

No har eg lært nytt. Min eigen kropp
har drive meg på plass i skrøplinganes hær.
Ikkje kall oss stakarslige når du ser oss.
Kall oss heller tapre. Det er det vi er.

Halldis Moren Vesaas, 1995.

Innholdsfortegnelse

Ny lærdom	2
1.0 Innledning	4
1.1 Begrunnelse av oppgaven	4
1.2 Problemstilling	5
1.3 Avgrensing av problemstilling	5
1.4 Oppgavens disposisjon	6
2.0 Metode	8
2.1 Litteraturstudie	8
2.2 Hermeneuetisk tilnærming	9
2.21 Forforståelse	9
2.3 Søkehistorikk	10
2.4 Metodisk refleksjon	11
2.5 Anonymisering	12
3.0 Teori	13
3.1 Demens	13
3.21 Ulike faser av demens	13
3.2 Samtykkekompetanse	14
3.3 Tvang	15
3.4 Kari Martinsens omsorgsfilosofi	16
3.5 Paternalisme	17
3.6 Tillit	18
3.7 Etisk teori	19
3.8 Yrkesetiske retningslinjer	20
3.9 Sykehjem og stellet	20
4.0 Drøfting	22
4.1 Hva menes med tvang?	22
4.2 Hvilke farer utgjør tvang?	23
4.3 Nødvendig- og unødvendig tvang	25
5.0 Oppsummering	33
Litteraturliste	34
Vedlegg 1	

1.0 Innledning

Trives du med å krenke eldre mennesker daglig? Som vi ser ut i fra diktet er de eldre allerede skrøpelige - vil vi gjøre deres situasjon enda verre? Vi har drøftet nødvendigheten og unødvendigheten av tvang i sykehjem hos pasienter med en demens lidelse. Etter at lov om pasient- og brukerrettigheter fikk tillegget § 4A har det blitt strengere krav om hvordan tvang skal brukes (1999). Man antar at antallet eldre vil stige til å bli ca 25% av befolkningen fra 2010 til 2050 (Romøren, 2008). Derfor må vi anta at flere eldre vil bli demente, helsepersonell vi oppleve ressursmangel og flere eldre vil oppleve å bli utsatt for tvang. Derfor synes vi det er viktig å ha kunnskap om tvang før vi går ut i arbeidslivet.

5.1 Begrunnelse for oppgaven

Tema for oppgaven er bruk av tvang i sykepleien til pasienter med en demens sykdom. Vi anser bruk av tvang som et helseproblem på bakgrunn av at det utføres en handling mot pasientens vilje, og handlingen kan dermed bli oppfattet som krenkende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). I denne oppgaven vil handlingen som utføres mot pasientens vilje være stell. Den krenkende handlingen kan føre til at pasienten blir sint og deprimert. Og dette kan videre føre til at pasienten blir utsatt for flere sykdommer og en tidlig død (Ibid.). Vi forstår ut i fra lov om pasient- og brukerrettigheter § 4A at dersom helsehjelp ikke blir utøvet står pasienten i fare for å få vesentlig helseskade (1999). Dette betyr at ved unnlatelse av å utøve tvang kan føre til at pasienten får store helseproblem. Et eksempel på dette kan være en pasient som blir liggende uten å bli stelt over lang tid, dette kan føre til store liggesår, og liggesår er et helseproblem. Det kan også utgjøre et helseproblem for sykepleiere som utøver tvang. Tvang strider mot menneskets verdighet, og dette kan føre til utbrenthet hos sykepleierne (Johnsen & Smebye, 2008).

I Lov om pasient- og brukerrettigheter står det at helsehjelp som det skal fattes tvangsvedtak på må være vedtatt av det helsepersonellet som er ansvarlig for tjenesten (1999). Sykepleiere er ansvarlige for den helsehjelpen som blir utøvet på sykehjem (Forskrift for sykehjem m.v.,

1989). Kirkevold og Engedal skriver at bruk av tvang er et problem i norske sykehjem. 36,7 % av pasienter på somatiske sykehjem opplevde minimum ett tvangstiltak i uken (2004).

Vi har ofte erfart at det ute i praksis blir utført tvang uten at tillitskapende tiltak først har blitt forsøkt. Dette er det heller ikke hjemmel for i Lov om pasient- og brukerrettigheter § 4A (1999). Vi ønsker selv med denne oppgaven å sette fokus på tvang, og bli mer bevisst på å finne andre måter å unngå tvang på. Tvang er også et etisk dilemma, dette er noe vi vil komme tilbake til. Tvang er ikke ønskelig for noen av partene, verken sykepleier eller pasient, men det brukes for å forebygge eventuelle helseproblemer. Vi ønsker å øke vårt kunnskapsnivå rundt tvang og dens konsekvenser ovenfor pasienter og sykepleiere.

5.2 Problemstilling

Ut i fra valgt tema, tvang i sykepleien til pasienter med en demens sykdom, har vi kommet fram til denne problemstillingen:

Hvordan brukes tvang ovenfor personer med en demens lidelse, og er det farer forbundet med tvang?

5.3 Avgrensing av problemstilling

Vi har avgrenset oppgaven til å sette sykehjem som arena. Årsaken til dette er at vår praksiserfaring om tvang og demens er hentet fra sykehjem. Under vårt litteratursøk fant vi mye litteratur som omhandler tvang i sykehjem, og artiklene sier at det blir utført mer tvang i norske sykehjem enn ellers i helsetjenestene i Norge (Kirkevold & Engedal, 2004).

Vi har avgrenset tvang i problemstillingen til kun å gjelde situasjoner som innebærer grunnleggende stellesituasjoner. Årsaken til dette er at vi har erfart mer tvang i stell enn i andre situasjoner og som ferdigutdannede sykepleiere vil stell være en del av vår yrkeshverdag. Videre har vi skrevet om stellet som en handlingsarena i teorien, og utelatt teori om hvordan stellet utføres i praksis. Årsaken til dette er at vi fokuserer på hvordan vi kan utføre stellesituasjonen minst mulig krenkende for pasienten.

Vår valgte pasientgruppe er personer med fasen alvorlig demens. Vi har valgt å legge frem to ulike situasjoner i drøftingen for å kunne sette problemstillingen opp mot praksis. Ingen av

våre pasienter i situasjonene du vil lese om i drøftingen er under 80 år, de kan begge uttrykke seg verbalt og pasientene blir ikke renget som å være samtykkekompetente i stellsituasjoner. Det utøves tvang mot samtlige av de fiktive pasientene daglig i ulike stellsituasjoner.

Vi har avgrenset problemstillingen til å se på begrepene nødvendig- og unødvendig tvang. Vi vil derfor i drøftingen diskutere disse to begrepene for å gi klarhet i hva de innebærer, og deretter anvende begrepene i to ulike situasjoner vi har fremstilt.

På bakgrunn av manglende litteratur om nødvendig og unødvendig tvang har vi selv valgt å definere disse begrepene. Begrepene er definert på grunnlag av den litteraturen vi har funnet, vårt skjønn og våre egne praksiserfaringer. I praksis har vi erfart at pleiere har utført tvang *de* betegner som nødvendig, selv om tvangen ikke var lovlig. Slike uttalelser har fått oss til å reflektere over begrepene nødvendig- og unødvendig tvang.

Vi har valgt å kalle kapittel 2.4 for metodisk refleksjon i stedet for kildekritikk. Årsaken til dette er at vi selv føler at vi ikke har nok kompetanse til å kunne være kritiske til andres forskningsarbeid.

Vi har valgt å skrive en kort innledning til vårt hovedpunkt, dette for å opprettholde den røde tråden gjennom oppgaven.

Teorien bruker begrepet pasient og bruker. Vi har valgt å skrive pasient, grunnen til dette er at vi er blitt opplært til å omtale beboere på sykehjem som pasienter.

5.4 Oppgavens disposisjon

Kapittel 1.0 inneholder oppgavens innledning. Den består av innledning, begrunnelse for oppgaven, problemstilling, avgrensing og oppgavens disposisjon

Kapittel 2.0 er oppgavens metode. Den inneholder metode, litteraturstudie, hermeneutisk tilnærming, for forståelse, søkehistorikk, metodisk refleksjon og anonymisering.

Kapittel 3.0 er oppgavens teori kapittel. Her finner du teori om demens, ulike faser av demens, samtykkekompetanse, tvang, Kari Martinsens omsorgsfilosofi, paternalisme, tillit, etisk teori, yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og sykehjem og stedet.

Kapittel 4.0 inneholder oppgavens drøfting. Vi har særlig fokusert vår drøfting på å klargjøre tvangsbegrepet, farer ved tvang og begrepene nødvendig og unødvendig tvang. Her blir det også presentert to ulike situasjoner.

Kapittel 5.0 er oppsummeringen av oppgaven. Her kommer et kort sammendrag av oppgavens funn.

2.0 Metode

”Metode er en systematisk måte å undersøke virkeligheten på” (Halvorsen, 2008, s. 20). Metodene hjelper oss til å bli mer bevisste og fokusert på det vi søker. Metoder handler om å samle inn, organisere, bearbeide, analysere og tolke fakta på en så etterprøvbar måte slik at andre kan benytte seg av og kontrollere vårt ferdigstilte materiale (ibid.).

”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” (Vilhelm Aubert sitert i Dalland, 2007, s. 83). Vi oppfatter metode som det redskapet vi bruker for å innhente kunnskap. Metoden skal belyse problemstillingen i den grad at man kan finne de data som er relevant og faglig dekkende slik at det er mulig å besvare og belyse problemstillingen. Halvorsen skriver at metode ikke er et mål, men et hjelpemiddel (2008).

2.1 Litteraturstudie

I retningslinjer for bacheloroppgaven står det at oppgaven skal være basert på litteratur, altså et litteraturstudie. Oppgaven kan også være basert på egne praksiserfaringer. Det er også viktig at oppgaven avspeiler forskningsprosessen gjennom litteratursøking.

”Et litteraturstudie innebærer å systematisk søke, kritisk granske og sammenstille litteraturen innenfor et valgt emne eller problemområde” (Forsberg og Wengström, 2003, s. 29, egen oversettelse). Den systematiske litteraturstudien baseres på aktuell forskning innenfor det området og emnet som er valgt (ibid.).

I forbindelse med litteraturstudie har vi kommet over ordet forskning. Siden et krav til litteratursøk er å søke etter forskning, velger vi å skrive en nærmere definisjon av begrepet.

Anvendt forskning innebærer å søke systematisk og metodisk etter ny kunnskap og nye ideer med en bestemt anvendelse i tankene. Formålet med denne forskningen er ikke bare å øke kunnskapen innenfor et område; kunnskapen skal også kunne anvendes mer eller mindre direkte på ulike områder, for eksempel i helsevesenet. Ved at forskningen skal bygge på og

knytte an til allerede eksisterende kunnskap, skapes det noe mer enn bare usammenhengende og spredte resultater (Olsson og Sørensen, 2003, s. 30).

Vi forstår dette som at forskning er ny kunnskap man må søke etter, det må være av nyere dato, anvendbart og vitenskapelig holdbart. Selv om vi ut i fra dette ser hva som er kriterier for forskning har vi valgt å bruke forskning som er relevant og produktivt for vår problemstilling.

For å finne fram til forskningsbasert kunnskap har vi anvendt trinnene som er presentert av Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinart. Først reflekterer vi over hva vi vil søke kunnskap om, deretter setter man opp spørsmål (2008), slik vi har gjort ved å finne en problemstilling innenfor vårt emne. Deretter utføres det et litteratursøk med søkeord som er hentet ut i fra spørsmålet. Treffene på søkene man gjør må vurderes kritisk, og de funnene man velger ut blir anvendt (ibid.). I denne oppgaven har funnene vi har gjort blitt anvendt i vår drøfting, og til slutt må man evaluere holdbarheten (ibid.).

2.2 Hermeneutisk tilnærming

”Hermeneutikken fokuserer på forståelse og fortolkning” (Aadland, 2004, s. 213).

Hermeneutikken er en type vitenskapssyn, og den vil undersøke hvilke intensjoner som ligger til grunn for en handling. Det er den indre meningen og den helhetlige forståelsen som søkes i dette vitenskapelige synet (Halvorsen, 2008). For å forstå den helhetlige forståelsen er våre egne forforståelser utslagsgivende. Tekst, språk og handling er ulike gjenstander for fortolkningen (Aadland, 2004).

2.2.1. Forforståelse

Vi har forsøkt å søke med et åpent sinn, selv om det er emner og argumenter vi personlig ikke er enige i.

Vår forforståelse er påvirket av litteraturen vi leser, de erfaringer vi har gjort oss i praksis som sykepleiestudenter, erfaringer fra arbeidslivet og våre grunnleggende oppfatninger (Aadland, 2004). Vi har erfart å være med å utøve tvang der begrunnelsene har vært upresise og lite reflekterte. Tvangen ble utført uten tanke for påkjenningene handlingen kan utøve hos

pasienten. Vi føler at helsepersonell lettere tyr til tvang grunnet at det er en ”lettvint” løsning, med ”lettvint” mener vi at personalet sparer tid og ressurser ved å utføre tvangen.

Vi føler ubehag ved å utøve tvang, og det resulterer gjerne i dårlig samvittighet og helt eller delvis relasjons- og tillitsbrudd med pasienten.

Vi har begge erfaring med denne oppgavens målgruppe. Den ene av oss har arbeidet med målgruppen i fire og et halvt år, mens den andre har arbeidet med målgruppen i ett år.

2.3 Søkehistorikk

Vi har valgt å bruke ulike databaser for å kunne finne fag- og forskningsartikler. Databasene vi har brukt er anbefalt av Høgskolen i Hedmark, derfor anser vi de databasene som pålitlige. Vi vil nå gi en kort fremstilling om hvordan vi har gått fram for å finne de artiklene vi har benyttet oss av.

I Sykepleien har vi brukt flere søkeord:

-Søkeordet ”tvang” gav 68 treff. Etter å ha lest 2 abstrakter valgte vi ut artikkelen til Hem, Gjerberg, Pedersen & Førde, 2010.

-Søkeordene ”etikk i sykehjem” gav 6 treff. Her fant vi kun en relevant artikkel, den er skrevet av Bollig, Pedersen & Førde, 2009.

I databasen CINAHL ble søkeordet ”nursing homes” + ”force” + ”dementia” brukt, dette søket gav 14 treff. Etter å ha sett på tre abstrakter har vi valgt å bruke artikkelen til Kirkevold og Engedal, 2004.

I SveMed+ har vi brukt søkeordet ”tvang” + ”demens”, dette søke gav 7 treff. Etter å ha lest to abstrakter ble artikkelen som er skrevet av Kirkevold, 2005.

I Tidsskrift for Den Norske legeforening ble søkeordet: ”sykehjem” + ”tvang” brukt, dette gav 20 treff. Etter å ha lest tre ulike abstrakter valgte vi å bruke artikkelen til Pedersen, Hofmann & Mangset, 2007.

På litteraturlisten til artikkelen av Gjeberg et al., 2010 fant vi en artikkel av Kirkevold, 2007.

Oversikt over alle søkene som er blitt gjort ligger med som vedlegg.

2.4 Metodisk refleksjon

”Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere de kildene som brukes” (Dalland, 2007, s. 66) Med dette forstår vi at kildekritikk benyttes for å hjelpe oss å finne troverdige kilder. Kildekritikk brukes for å skille mellom sikre og usikre kilder. Sikre kilder bør være av nyere data slik at man sikrer at den nyeste forskningen er representert. For å sikre seg mot feiltolkninger og feilvurderinger bør primærlitteratur anvendes (Dalland, 2007). Vi har benyttet oss av primærkilden i den grad det har vært mulig, dette betyr at vi også har brukt sekundærlitteratur. Man må ta i betraktning at det kan ha oppstått feiltolkninger og feilvurderinger da man leser andres litteratur, da et hvert menneske har sin egen forståelse basert på hvilken bakgrunnskunnskap det sitter med (Aadland, 2004). Vi anser ikke all sekundærlitteratur for å være mindre troverdige enn primærlitteraturen, da forfatteren av sekundærlitteraturen har mye erfaring og kompetanse innen fagfeltet. Forfatteren har også brukt tid på å studere primærkilden.

Mye av den litteraturen vi har benyttet oss av er skrevet før tillegget i Lov om pasient- og brukerrettigheter §4A ble lovfestet. Vi har kvalitetssikret denne litteraturen opp mot lovverket slik at litteraturen kan være gjeldende også i dag.

Vi har brukt søkeord både på norsk og engelsk, men vi kunne vært bedre til å benytte oss av flere ulike søkeord. I og med at vi har valgt en praksisnær tilnærming ble søk av forskning utført først etter at problemstillingen var satt.

Vi innehar ikke nok kunnskap til å kunne vurdere og bedømme metodene i de ulike forskningsartiklene. Den engelsk artikkel vi har benyttet oss av er utgitt i vitenskaplige tidsskrift. Vitenskaplige artikler har en streng kontroll, og må fagfellevalueres før de kan publiseres. Dette innebærer at artiklene blir godkjent og vurdert av eksperter innenfor faget (Dalland, 2007).

De to artiklene vi særlig vil trekke fram er Hem et al., 2010 og Bollig et al. 2009. Begge artikkelene er hentet i fra Sykepleien Forskning, det vil si at de ikke er fagfellevurderte. Vi har likevel valgt å bruke disse i drøftingen da vi anser de som relevante for å besvare

problemstillingen. Vi anser artikler fra Sykepleien forskning som mer praksisnære, og de blir derfor lettere å anvende.

2.5 Anonymisering

Praksiserfaringer som er trekt inn i oppgaven er anonymisert, slik at vi som helsepersonell overholder taushetsplikten og bevarer pasientens integritet. I følge helsepersonelloven § 21. (Hovedregel om taushetsplikt) står det: ”helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell” (1999). Som studenter og arbeidstakere møter vi pasienter og brukere som vi innehar mye sensitiv informasjon om, denne informasjonen er det viktig, samt at vi er pliktige til, å behandle etter lovverket. Det står også i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere at sykepleieren forplikter seg til å verne om pasientens fortrolige opplysninger (Norsk sykepleieforbund, 2007).

Situasjonene som presenteres i drøftingen er konstruerte etter flere ulike praksiserfaringer, og vil derfor ikke være gjenkjennbare.

3.0 Teori

Vi presenterer her de elementer vi mener er viktige for å kunne besvare problemstillingen.

3.1 Demens

Forekomsten av demens øker med alderen, og 70 til 80 % av alle beboerne i sykehjem har en demens diagnose (Berentsen, 2008).

[Demens er] en ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret adferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid (Engedal og Haugen, 2004, s. 20).

Vi har i praksis erfart at personer med en demenslidelse har flere ulike fremtredende symptomer som nedsatt hukommelse, uro, aggressivitet, manglende interesse for omgivelsene rundt pasienten og svekket forståelse. Vi har erfart at jo lengre sykdommen er kommet så blir det vanskeligere for pasienten å klare seg alene og fungere optimalt i dagliglivet.

3.1.1 Ulike faser av demens

Utviklingen av de ulike demenssykdommene deles inn i tre faser: mild demens, moderat demens og alvorlig demens. Årsaken til dette er at de ulike demenssykdommene vil utarte seg mer og mer likt etter som de progredierer (Snoek og Engedal, 2000).

Mild demens kjennetegnes ved at vi ser de første tegnene til kognitiv svikt. Man ser sviktende hukommelse, og spesielt i forhold til hendelser i nær fortid. Pasienten vil ha problemer med å kunne relatere ulike hendelser i riktig tidsperspektiv. Orienteringsevnen i forhold til tid svikter. I startfasen av en demenssykdom vil personen klare å skjule symptomene ved å bruke mestrings og forsvarsmekanismer. Personlighetstrekk er markerte, men ikke endret (ibid.).

Moderat demens kjennetegnes ved at pasienten har problemer med å bruke sine lærte mestringsevner, og de mister mer grepet. Dette fører til at de er lette å bringe ut av fatning, og spesielt i situasjoner der de er under stress, skal gjøre valg eller skal løse en oppgave. Man ser ofte psykotiske symptomer som vrangforestillinger, synshallusinasjoner og underlig adferd. Det er også vanlig med angst, depresjon, tiltaksløshet og rastløshet. Tidsorienteringsevnen og hukommelsesevnen svekkes mer, og noen opplever at språkevnen og evnen til å orientere seg i rom svekkes. Personlig stell, riktig valg av tøy, evnen til å holde orden i egen bolig og av- og på kledning blir sterkt redusert. I denne fasen vil de fleste av pasientene komme i kontakt med helsevesenet (Ibid.).

Alvorlig demens er preget av at pasienten har betydelig handlingssvikt og er hjelpsløs i forhold til å forholde seg til egen bolig, dette til tross for hjelp fra familie og helsevesenet. Pasientens evne til å kontrollere urin og avføring vil bli sterkt nedsatt. Balansesvikt og nedsatt gangfunksjon forekommer, samt styring i forhold til motoriske aktiviteter. Pasientene i denne fasen er avhengig av pleie døgnet rundt, og de fleste bor på aldersinstitusjon (Ibid.).

3.2 Samtykkekompetanse

Samtykkekompetanse innebærer at personen er myndig eller er fylt 16 år, med mindre andre lovbestemmelser er gjeldende. Pasienten må kunne ivareta sine egne interesser, dette innebærer at vedkommende på være fysisk og psykisk kapabel (Lov om pasient- og brukerrettingheter, 1999).

Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykke skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (ibid).

Dette viser at pasienten må ha fått tilstrekkelig informasjon for å ha et gyldig samtykke. Informasjonen må inneholde om pasientens helsetilstand og hva innholdet i helsehjelpen innebærer. Helsehjelp blir definert som: ”handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformer, og som er utført av helsepersonell” (ibid). For å få brukt samtykke tilstrekkelig i praksis er det forsøkt å skille mellom ulike typer av samtykke som for eksempel uttrykkelig informert samtykke, som enten kan være muntlig eller skriftlig. Stillende samtykke, der ingen protster betyr at man samtykker

og antatt eller presumert samtykke der man tar utgangspunkt i hva man antar at pasienten ville ønsket (Pedersen, Hofmann & Mangset, 2007).

De sier videre at hos myndige pasienter som ikke har samtykkekompetanse kan helsehjelp som er av mindre inngripende karakter gis av helsepersonell, men det må taes varsomhet i forhold til omfang og varighet. Dersom helsehjelpen innebærer alvorlige inngripelser hos pasienten kan helsepersonell yte slik helsehjelp dersom det er innhentet opplysninger fra pasientens pårørende om hva pasienten, sannsynligvis, opprinnelig ville ha ønsket og at pasienten tilsynelatende ville ha gitt tillatelse til slik helsehjelp. Den ansvarlige for helsehjelpen kan beslutte at helsehjelpen skal vedtas om han har vært i samråd med annet kvalifisert helsepersonell. Alle opplysninger fra de involverte parter skal fremgå av journalen (ibid.).

3.3 Tvang

Tvang er et sentralt begrep i vår problemstilling, og det er avgjørende å definere i vår oppgave. Vi erfarer at tvang utføres i praksis, men også at få er villig til å prate åpent om det.

Engedal, Kirkevold, Eek og Nygård beskriver tvang som:

Tvang er bruk av redskap som hindrer pasientens bevegelsesfrihet eller tilgang til egen kropp, fysisk holding ved undersøkelse og behandling og i forbindelse med omsorgstiltak, overvåkning med elektroniske redskaper og tilsetning av medisiner i mat og drikke – som utøves daglig eller av og til (2001, s.12-13).

Mens Fjørtoft beskriver tvang som: ”Tvang er tiltak som pasienten motsetter seg eller ikke har gitt samtykke til” (2006, s. 142). Vi ser at dette er to ulike definisjoner på tvang, men begge definisjonene viser at tvang er å utføre handlinger som er mot pasientens ønske. Tvang kan føre til krenkelser for pasienten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). ”Å krenke en person innebærer å ydmyke ham, få ham til å føle seg mindre verdt som menneske. ... Å bli krenket er å erfare en bestemt form for smerte, ydmykelse og nedvurdering” (Kristoffersen & Nortvedt, 2005, s. 173). Krenkelse er et sentralt begrep i vår oppgave som vi vil komme tilbake til i drøftingen.

I 2009 kom det et tillegg til lov om pasient- og brukerrettigheter. Dette tillegg omhandler helsehjelp til pasienter som motsetter seg helsehjelp, men som ikke er samtykkekompetente. Dette tillegg åpner for kontrollert bruk av tvang. I lovens formål står det: ”[reglene er til for]

å yte nødvendig helsehjelp for å forhindre vesentlig helseskade samt å forebygge og begrense bruk av tvang” (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 1999). Dette vil si at tvang kan benyttes når man vil forhindre vesentlig helseskade, men det er krav for å kunne iverksette et tvangstiltak.

Før et tvangstiltak kan iverksettes må tillitskapende tiltak være forsøkt (ibid.), men loven sier ikke noe om hva tillitskapende tiltak er. Johnsen og Smebye skriver at tillitskapende tiltak omhandler det samme som god faglig tilnærming av pasienten og pasientens problematikk (2008).

Dersom pasienten fortsatt opprettholder sin motstand selv om tillitskapende tiltak er forsøkt kan det treffes vedtak om tvang dersom:

- a) en unnlattelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, og
- b) helsehjelpen anses nødvendig, og
- c) tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 1999).

Det må forekomme en helhetsvurdering der vilkårene i første og andre ledd er oppfylt, og det må være til det klart beste for pasienten. I vurderingen må legges vekt på graden av motstand og om pasienten igjen kan bli samtykkekompetent i nær fremtid (ibid).

3.4 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

”Rent språklig er vårt omsorgsbegrep sammensatt av ”om” og ”sorg”. Det er beslektet med det tyske ordet ”sorgen” som kan oversettes med ”omtenksomhet”, ”å bekymre seg for”. ”Sorg” betyr mer å *sørge for* enn å ”sørge”” (Martinsen, 2003, s. 68). Vi forstår begrepet omsorg som omtenksomhet, bekymring og å *sørge for* pasienten. Omsorgsbegrepet innebærer to ulike parter, hvor den ene skal være omtenksom, vise bekymring for og å kunne *sørge for* den andre. Begrepet å *sørge for* betyr i denne sammenhengen å lide sammen med, det vil si at sykepleieren skal lide sammen med pasienten, og *sørge for* å lindre smerten (Martinsen, 2003).

Kari Martinsen skriver at det er viktig å anerkjenne den andre for å kunne se det fra hans synspunkt for deretter å forstå situasjonen som sin helhet. Dette er kun mulig hvis man tidligere er blitt kjent gjennom praktiske arbeidssituasjoner, og vi kan da akseptere den andres

ressurser og dens begrensinger. Hvis vi klarer å se det fra den andres perspektiv vil det ikke bli nødvendig å gripe inn og umyndiggjør den andre (2003).

Våre sinnsstemninger kommer til uttrykk gjennom måten vi håndterer utstyr på i nærheten av pasienten. Vi uttrykker en holdning, og denne holdningen kan for eksempel være likegyldighet. Ved en slik holdning vil ikke sykepleieren være i stand til å kunne se situasjonen fra pasienten ståsted, og dermed vil ikke omsorgen for pasienten kunne bli ekte. Vi er det vi gjør, og teori og praksis blir enhet. For at omsorgen skal kunne bli ekte må sykepleieren forholde seg til pasienten gjennom en holdning (Martinsen, 2003).

Martinsen beskriver det faglige skjønnnet som en måte å gjøre det mulig å balansere mellom ytterpunktene nærhet og avstand i praksis. Dette innebærer at ferdigheter og holdninger utvikles i praksis, og teorien er grunnlaget for våre ferdigheter og holdninger. Teorien, ferdighetene og holdningene gjør at vi kan se ulike situasjoner på forskjellige måter. Når man går inn til en pasienten må man på forhånd ha bestemt seg for å kunne se situasjonen fra pasientens ståsted for å kunne forstå ham. Dersom man klarer å se de ulike sider hos pasienten vil man klare å se pasientens ressurser. Det faglige skjønn har to hovedpunkter der det ene er følsom åpenhet, hvor man ser livsmotet hos den syke eller lidende. Det andre hovedpunktet er å forstå og handle godt for og sammen med pasienten gjennom å bruke fagligheten (1993).

3.5 Paternalisme

Paternalisme kommer av det greske ordet pater, som betyr far bestemmer. Tradisjonelt var det legen som var paternalistisk og autoritær. Det var legen som skulle bestemme hvilken behandling pasienten skulle ha. ”*Paternalisme* er en form for makt der vi [, helsepersonell,] tillater oss retten til å bestemme hva som er best for et annet menneske” (Fjørtoft, 2006, s.141). Vi forstår dette som at helsepersonell overstyrer pasientens ønske, og gjør valg på pasientens vegne.

Betingelser for å kunne ty til paternalistiske avgjørelser er at pasienten mangler vurderingsevne eller forutsetninger for å ta et autonomt valg, og at pasientens liv eller helse er i fare dersom man ikke griper inn (Rokstad, 2006). Et autonomt valg innebærer at pasienten er kompetent til å ta et valg, at ønske er konsistent, pasienten har fått adekvat informasjon og pasienten er fri fra ytre press (Slettebø, 2002).

Ut i fra Martinsens teori om paternalisme forstår vi at formynderiskap over pasienten kan ansees som sterk paternalisme, og Martinsen ser på svak paternalisme som mest ønskelig. Handlemåten i formynderiskapet tar utgangspunkt i at det alltid er sykepleieren som vet best, og man tar ikke hensyn til pasienten. Videre skriver Martinsen om svak paternalisme at sykepleieren må benytte sin faglige merforståelse der hensikten er at det skal gangne hver enkelt pasient best mulig. Dette innebærer at pasienten enkelte ganger skal kunne trekkes aktivt med i bestemmelser som omfatter han selv eller at pasienten skal få slippe å ta stilling til valg han ikke har forutsetning til å kunne håndtere (Kristoffersen, 2005).

3.6 Tillit

Tillit er en grunnleggende verdi som oppstår spontant i forholdet mellom mennesker. Tillit er også et uunnværlig fundament, spesielt innen omsorgsykker. En pasient vil ofte vise en spontan og umiddelbar tillit til sykepleieren ved å åpne seg. Pasienten forventer deretter å bli imøtekommet av sykepleieren basert på det pasienten har fortalt, dermed blir noe av pasientens indre, som følelser, tanker og bekymringer, overlatt til sykepleieren. Det pasienten har utlevert blir et etisk krav til sykepleieren om å imøtekomme pasienten. For å utvikle tillitsforholdet mellom sykepleier og pasient må pasienten føle at han blir mottatt og tatt på alvor, selv om i enkelte situasjoner hvor sykepleieren må handle mot pasientens ønske *for* pasientens skyld (Kristoffersen, 2005).

Det etiske kravet som sykepleieren står ovenfor har to muligheter, det ene er å ta vare på pasientens tillit og det andre er å bryte tillitens grunnlag. Dersom sykepleieren er likegyldig til pasientens betroelser, vil pasienten i stedet oppleve at tilliten er misbrukt. Grunnlaget for utviklingen av tillitsforholdet vil dermed bli helt eller delvis brutt. Denne svikten vil kunne danne mistillit mellom sykepleier og pasient (ibid.).

Den enkelte har aldrig med et andet menneske å gøre uden at han holder noget af dets liv i sin hånd. Det kan være meget, lidt, en forbigående stemning, en oplagthed, man får til at visne, eler som man vækker, en lede man uddber eller hæver. Men det kan også være forfærdende meget, så det simpelthen står til den enkelte, om den andens liv lykkes eller ei (sitert i Martinsen, 2005, s. 143).

Vi forstår dette som at en sykepleier alltid vil ha en form for makt over pasienten, og sykepleierens holdning vil være med på å bestemme om tilliten mellom sykepleieren og pasienten skal vedvare, og videre om pasienten vil lykkes eller ei.

3.7 Etisk teori

I dette kapittelet vil vi presentere hva et etisk dilemma er, deretter gir vi en kort sammenfatning om plikt- og konsekvensetikk.

Etiske dilemmaer kan defineres som: ”...en valgsituasjon mellom to eller flere verdier der begge alternativene er ønsket, eller alternativer som begge medfører uønskede konsekvenser” (Slettebø, 2008, s. 43). Vi forstår et etisk dilemma som et valg eller en situasjon der ulike verdier kommer i konflikt med hverandre ut i fra hvilket syn verdiene sees i.

Pliktetikk:

Pliktetikk innebærer å handle i forhold til sine plikter, uten tanke for konsekvensene. Fokuset ligger i personen og handlingen, og ikke på handlingens konsekvenser (Brinchmann, 2005). Eksempler som ligger under pliktetikken er: du skal aldri lyve, du skal overholde dine løfter, du skal alltid hjelpe et medmenneske som er i nød. Dette er ulike eksempler på handlinger som kun baseres på individets pliktfølelse, men ikke lysten på å utføre en god gjerning, for egen nytte eller egen vinning. En hjørnestein i pliktetisk tenkning er å handle mot andre som du vil at andre skal handle mot deg jamfør den gyldene regel (Hummelvoll, 2004).

”Ulemper knyttet til pliktetikken kan være at den kan resultere i moralisme, regelrytteri og/eller uselvstendighet” (Hummelvoll, 2004, s. 92). Hos sykepleiere kan ulempene i pliktetikken føre til lite nytenkning på grunn av at de slavisk overholder sine plikter.

”Fordelene er at den er lett å anvende i konkrete situasjoner. Den forteller hva slags handling som er rett ” (Hummelvoll, 2004, s. 92, sitert av Barbosa da Silva). Pliktetikken er enkel å benytte da den aktuelle handlingen blir utført etter pliktene, uten hensyn til konsekvensene. I helsevesenet kan handlingen for eksempel bli slavisk fulgt av lovverket, og det vil være korrekt ifølge pliktetikken.

Konsekvensetikk:

”Konsekvensetikk har fokus på mål og konsekvenser og regnes som teleologisk etikk. Teleos betyr mål eller formål. Hvorvidt en handling er etisk akseptabel eller ikke, avhenger av om den fører til en overvekt av gode i forhold til dårlige konsekvenser (Sneltvedt, 2005, s. 63). Vi forstår ut i fra denne definisjonen at handlingens konsekvenser må være gode for å være akseptable i et konsekvensetisk perspektiv.

”Ulemper knyttet til konsekvensetikk er at den kan føre til rettferdiggjøring av urene virkemiddel og kjølig beregning” (Hummelvoll, 2004, s. 92). Vår forståelse er at så lenge målet blir nådd og er godt, blir hvordan virkemidlene anvendes ubetydelig.

Fordelene med konsekvensetikk er at det er lettere å løse etiske dilemmaer når man får bedømt konsekvensene til ulike handlinger, enn ved å kun se på pliktetikken (Hummelvoll, 2004).

3.8 Yrkesetiske retningslinjer

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er basert på samfunnsmessige verdier og behov, det er retningslinjer for ulike handlinger som blir utøvet av sykepleiere. For at retningslinjene skal være meningsfulle må de brukes på faktiske forhold innenfor sykepleie og helsetjenester i et samfunn som er i stadig endring (Norsk sykepleieforbund, 2007).

”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbaserte” (Norsk sykepleieforbund, 2007, s.7). Dette er et vesentlig grunnlag når vi senere skal diskutere farer ved tvang.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere viser til en del rettigheter som pasienten har, og dermed plikter for sykepleierne, som at pasienten har rett til ikke å bli krenket. I punkt 1.4 står det at: ”Sykepleieren beskytter pasienten mot krenkende handlinger. Unødig bruk av tvang eller annen rettighetsbegrensing anvendes ikke” (Norsk sykepleieforbund, 2007, s. 7). Det er sykepleiers plikt å beskytte og ikke utøve handlinger som krenker pasienten.

3.9 Sykehjem og stellet

Vi har valgt å presentere kort om sykehjemmet, siden det er arenaen for denne oppgaven. Deretter vil vi si litt om stellet i den betydning av at stellet er en handlingsarena hvor helsepersonell kan utsette pasienten for krenkelser.

Det står i lov om kommunal helse- og omsorgstjenester at kommunen har ansvar for å tilby plass i institusjon, her menes både sykehjem og avlastning (2011). Beboerne på et sykehjem kjennetegnes ved at de fleste er over 67 år, funksjonsevnen er sterk redusert, de har et sammensatt sykdomsbilde og over halvparten av beboerne er kvinner (referert i Hauge, 2008).

Pasienten i sykehjem skal få dekket sine grunnleggende behov av pleierne i avdelingen (ibid.). Det er en offentlig godkjent sykepleier som er ansvarlig for sykepleien på sykehjemmet (Forskrift for sykehjem m.v., 1989).

Begrepet stell har i alle tider vært betegnet som å hjelpe pasienter med kroppsvask og påkledning, og det har tradisjonelt vært en oppgave for sykepleiere. Hos eldre på sykehjem opptar stellet mye av personalets arbeidstid. Under et stell vil den gamle pasienten ofte være avhengig av pleiepersonalet, og muligheten for at pasienten skal bli krenket vil hele tiden være tilstede grunnet at pleiepersonalet har en makt som kan brukes både negativt og positivt (Brodtkorb, 2008).

4.0 Drøfting

Tvang er et sentralt begrep i vår problemstilling. Derfor har vi redegjort for begrepet i drøftingskapittelet ved å ha konstruert og anvendt en egen definisjon. I drøftingen vil du få lese om to ulike situasjoner der vi har benyttet oss av begrepene nødvendig- og unødvendig tvang.

4.1 Hva menes med tvang?

I teorikapittelet om tvang har vi funnet fram til to ulike definisjoner som beskriver begrepet tvang. Når vi ser på de ulike definisjonene ser vi at det er et klart skille på hva som er mest i fokus. Engedal, Kirkevold, Eek og Nygård (2001) har redskapet, overvåkning og tilsetning av legemiddel som hovedfokus. Dette vil si at det for eksempel brukes et belte for å holde pasienten fast under et stell, da vil det bli beltet som får oppmerksomhet i denne definisjonen. Verken pasientens opplevelse, de andre involvertes synspunkter eller nødvendigheten av tvang er nevnt og dette er en ulempe med definisjonen. Fordelen med denne definisjonen er at den er konkret, og det er lett å sammenligne ulike hendelser i praksis opp mot definisjonen.

Fjørtofts (2006) definisjon av tvang fokuserer kun på pasientens subjektive opplevelse av tvangen. I denne definisjonen er det bare pasienten som kan bestemme om handlingen er utført med tvang eller ikke. Heller ikke denne definisjonen beskriver nødvendigheten av tvangen eller de andre involvertes synspunkter og det er en ulempe. Fordelen med denne definisjonen er at tvangshandlinger mot pasienten skal være lett gjenkjennbare. Med dette mener vi at dersom sykepleieren oppfatter at pasienten ikke ønsker å gjennomføre handlingen, men likevel gjennomfører den med tvang, bør sykepleieren erkjenne at handlingen er utført selv om pasienten motsetter seg handlingen.

Med utgangspunkt i definisjonene over og pasient- og brukerrettighetsloven velger vi å definere tvang som handlinger som utføres mot pasientens uttrykte ønske. Tvang kan kun

utføres når pasientens helse står i fare, det vil si at nye helseproblem kan oppstå eller at foreliggende helseproblem kan forverres. Tvangshandlingen må ikke nødvendigvis foregå over tid, en enkelthendelse er tilstrekkelig.

Personer med demens vil blant annet få en rekke kognitive symptomer som følge av sin lidelse, en av disse er svekket forståelse. Personer med alvorlig demens klarer ikke å gjenkjenne alle handlinger og gjenstander (Snoek & Engedal, 2000). Vi har erfart i praksis at pasienter med demens ikke alltid forstår situasjoner til tross for at de har fått forklart hva som skal skje. Dette kan resultere i at pasienten for eksempel gir uttrykk for at han ikke ønsker at handlingen skal skje. Ut i fra det vi vet om svekket forståelse hos pasienter med demens har vi valgt å skrive i vår definisjon at pasienten ”gir et uttrykt ønske”.

Videre har vi skrevet i vår definisjon at pasientens helse må stå i fare før tvangsvedtak kan iverksettes jmfør pasient- og brukerrettighetsloven. For å kunne bevare sykepleierens mentale helse vil vi at sykepleieren skal fokusere på de positive ettervirkningene etter at tvangshandlinger er utført. Positive ettervirkninger i en slik sammenheng er at pasienten ikke vil få nye- eller forverre foreliggende helseproblem. Det er de positive ettervirkningene som er grunnlaget for at tvang utføres, og det er gjerne i et slikt syn sykepleieren ser det. Pasienten på sin side vil ofte ha lite eller manglende forståelse for hvilke positive ettervirkninger tvangshhandlingene har. For pasienten vil tvangshhandlingene dermed kunne oppleves som krenkende. Sykepleieren må derfor prøve å utøve tvangshhandlinger minst mulig krenkende for å ivareta pasienten best mulig.

4.2 Hvilke farer utgjør tvang?

Helse- og omsorgsdepartementet skriver at tvang utført mot pasienter kan føre til at pasienten føler seg krenket (2011). Krenkelse er en stor negativ ettervirkning som følge av tvangshhandlinger. Krenkelser innebærer at et annet menneskets selvbilde blir betydelig skadet ved å erfare smerte, nedvurdering og ydmykelse i form av enten psykisk karakter, eller kan inntreffe både psykisk og fysisk. Det er pasientens verdier, normer, tidligere erfaringer og dagsform som er med på å bestemme om pasienten finner den situasjonen ham befinner seg i som krenkende. Krenkelse er derfor en subjektiv opplevelse, man kan derfor også forstå hvorfor en pasient kan føle seg krenket i en bestemt situasjon én dag, men ikke i den samme situasjonen en dag senere. Det er ofte ikke handlingen i seg selv, men meningssammenheng

som handlingen befinner seg i som utgjør opplevelsen av krenkelse (Kristoffersen & Nortvedt, 2005). Johansen og Smebye skriver at de fleste mennesker opplever tvang som en stor krenkelse av sin personlige integritet. De skriver videre at det er sannsynlig at personer med demens opplever krenkelse som følge av tvangsbruk som større på grunnlag av at de ikke forstår hva som skjer (2008). Vi har opplevd i praksis å være med på å krenke pasienter under stell, ved fysisk holding, hvor pasienten reagerte med sinne og prøvde å slite seg løs. Vi opplevde at pasienten følte seg dypt krenket under hendelsen og noe av tilliten var brutt.

Helse- og omsorgsdepartementet beskriver at skader som er forårsaket av tvang kan være av en fysisk, psykisk eller emosjonell karakter. Noen former for skader som kan forekomme etter bruk av tvang er mistillit til helsepersonellet og den overordnede helsetjenesten, dette kan også føre til at relasjonen mellom pleier og pasient blir skadet eller brutt. Pasienten kan føle ubehag i form av skam, angst, sinne, avmakt, depresjon og dårligere selvtillit (2011) Vi har også erfart at pasienten kan bli innesluttet og reagerer med å trekke seg tilbake. Tvang kan føre til fysisk skade og død (ibid.). Fysisk skade kan forekomme i form av sitte- og liggesår etter at pasienten har hatt bevegelsesrestriksjoner, og dette kan forårsake en fremskyndet død. Helse- og omsorgsdepartementet skriver videre at pasienten kan føle at han blir utsatt for vold, overgrep og at han blir traumatisert. Pasienten kan bli utsatt for innskrenkelse av sin bevegelsesfrihet, krenkelse av autonomi og fysisk og psykisk integritet, verdighetstap og oppleve at tvangen blir utført som straff. Pasienten får ikke brukt egne mestningsressurser og muligheter til å utvikle seg (ibid.). Vi har opplevd i praksis at en pasient det ble utøvet tvang mot reagerte med sinne og nektet videre samarbeid, dette resulterte i at pasienten ikke lengre fikk brukt sine egen ressurser.

Hjelpetrengende eldre er spesielt utsatt for å få sin integritet krenket og truet. Årsaker til dette er at de på ulikt grunnlag er avhengige av personalets hjelp, kompetanse, tid og deres personlige holdninger til å mestre hverdagen. Sykdomstegn, funksjonssvikt og aldring kan hindre at pleieren klarer å se den gamle slik den har vært og er. Dette beskrives i Vesaas dikt (1995). Den eldre pasienten har ikke kontroll over når pleieren kommer for å hjelpe og hvor ofte de hjelper. Pleierne har dessuten full tilgang på den Eldres rom. Pasienten styrke og kraft er ofte redusert, og dette gjør at de ikke klarer å motvirke andres makt (Kirkevold, 2008).

”Sykepleieren skal ivareta sine egne helsemessige behov slik at evnen til å yte pleie ikke forringes” (Norsk sykepleieforbund, 2007, s. 25). Vi ser helse i denne sammenheng som psykisk helse. Mæland beskriver psykisk helse som mental velvære og optimal fungering

(2005). Ved situasjoner der vi har vært med på å utføre tvang har vi blitt tynget av skyldfølelse. Derfor ser vi på det som naturlig å anta at flere sykepleiere ofte vil sitte igjen med den samme følelsen. Hem, Gjerberg, Pedersen & Førde skriver at sykepleiere opplever ubehag og får skamfølelse av å utføre tvangshandlinger (2010). Halberg skriver at dårlig samhandling med pasienter kan føre til at helsepersonell blir utbrente (referert i Johnsen & Smebye, 2008). Tvang vil føre til dårlig- eller mangel på samhandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Vi forstår med dette at en av følgene ved å bruke tvang kan være for helsepersonell å bli utbrente. Helsepersonell som er utbrente vil trekke seg følelsesmessig tilbake og dermed bli mindre sensitive ovenfor behovene til pasienten (Johnsen & Smebye, 2008).

4.3 Nødvendig- og unødvendig tvang

Vi deler tvang inn i to ulike begreper, nødvendig- og unødvendig tvang. Årsaken til dette er at vi har erfart i praksis at ikke all type tvang er rettmessig og gjennomtenkt. Vi vil derfor gi en mer utdypende forklaring på de to ulike begrepene.

Nødvendig tvang definerer vi som at er tvang som utføres når det er fare for pasientens helse jamfør de gitte kriteriene i § 4A-3 (lov om pasient- og brukerrettigheter, 1999). Med fare for pasientens helse mener vi at det må foreligge et helseproblem som kan forverres, eller at nye helseproblem kan oppstå som følge av unnlattelse av helsehjelpen jamfør vår definisjon på tvang. Helse er definert av Verdens helseorganisasjon som: ”*fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velbefinnende*” (siteret i Mæland, 2005, s. 25). Ut i fra denne definisjonen forstår vi at pasienten må ha fysisk, psykisk og sosialt velvære og at disse tre til sammen utgjør pasientens helse. Mæland beskriver tre ulike oppfatninger av helse, vi velger her å se på helse i oppfatningen velvære, etter modellen som er modifisert av Herzlich og Mæland. Det vil si at pasienten kan oppleve helse til tross for sykdom (2005). Vi vil betegne sykdom i denne sammenheng som både sykdom og lidelse. Velvære for pasienter med en demens lidelse vil være å opprettholde og prøve å bevare fysiske, mentale og sosiale funksjoner. Tvangen må videre være et lovfestet vedtak. For at vedtaket skal bli vedtatt må tillitskapende arbeid være forsøkt og vedtaket kan kun fattes for et år i gangen (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 1999). Dette er også et kriterie vi setter for at det kan kalles nødvendig tvang.

I det faglige perspektivet av tvang må sykepleieren bruke skjønn. Det faglige skjønn gjør at sykepleieren kan se situasjonen fra pasientens perspektiv og ha åpenhet nok til å se pasientens livsmot (Martinsen, 1993). Ut i fra Martinsens teori om skjønn ser vi at sykepleieren må prøve å kunne samarbeide med pasienten og kunne handle godt for han. Vi vil at ettervirkningene av tvangen skal være gode slik at vi skal kunne fremme livsmotet til pasienten. Det faglige skjønn beskriver også at man skal handle godt for pasienten (ibid.). Med å utføre handlinger mot pasientens uttrykte ønske går man inn for at pasienten skal få det godt på lang sikt. Med dette mener vi at de helseproblem som ble forebygget ved å utøve tvang gjør at pasienten vil få det bedre etter at tvangen er utført enn dersom sykepleieren ikke hadde utført handlingen. På den andre siden sier Martinsen at man skal handle godt for pasienten (1993). Handler man godt for pasienten ved å utøve tvang? Pasienten kan oppleve negative konsekvenser som følge av tvang. Men igjen så kan pasienten mangle forståelse for den handlingen som han ikke ønsker å gjennomføre, da vil sykepleieren handle godt for pasienten ved å utøve tvangshandlingen slik at pasienten får dekket sine behov.

I yrkesetikeretningslinjer for sykepleiere står det at sykepleieren skal gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon slik at pasienten selv skal kunne være med på å ta avgjørelser angående seg selv (Norsk sykepleieforbund, 2007). I praksis har vi erfart at når man informerer pasienten informerer man ut i fra sitt eget ståsted, ut i fra sitt eget syn. Det faglige skjønn sier at man skal kunne se situasjonen fra pasientens ståsted for å hjelpe pasienten best mulig (Martinsen, 1993). Når man ikke klarer å se ulike situasjoner fra ulike syn vil man ikke i alle situasjoner kunne handle best for pasient. Vi har sett at handlinger som utføres mot pasientens uttrykte ønske er utført uten at pasienten har fått tilpasset informasjon i forhold til sin sykdom eller lidelse. Pasienten kan ha større mulighet til å ta valg i forhold til eget liv dersom informasjonen hadde vært bedre tilpasset den enkelte. Vi erfarer i praksis at sykepleiere ikke anvender sin kompetanse når de skal informere pasienten, slik at det kan bli mest mulig forståelig for pasienten. Martinsen skriver at om man skal kunne se den andres ståsted må sykepleieren bestemme seg for dette før hun går inn gjennom døren til pasienten (1993).

Martinsen skriver at den som utøver skjønn må vende seg mot situasjonen, mot andre som er kyndige og man må selv være en bevisst deltaker i situasjonen (Alvsvåg, 2002). Vi forstår at den som utøver skjønn må diskutere situasjonen med annet helsepersonell slik at situasjonen er kvalitetssikret faglig og at flere sider av saken kan bli belyst, man må også sette seg godt inn i situasjonen og pasientens syn på situasjonen. Vi har opplevd i praksis at når man diskuterer vanskelige situasjoner får man flere innspill på hvordan situasjonene bør løses og

det kan bli mer enighet blant personalet på hvordan situasjonen bør håndteres. Dersom pleieren ikke forholder seg med andre har han kun sin egen kompetanse å stole på, han vil derfor heller ikke ha muligheten til å få nye innspill på hvordan situasjonen kan løses.

Dersom tvang tas opp til diskusjon er det viktig å tenke på det faglige skjønnet, slik at man først prøver å samarbeide med pasienten. I praksis har vi opplevd at samarbeid med pasientens premisser øker pasientens helsestatus og pasienten får økt mestringsfølelse i form av selv å få delta. Martinsen skriver at sykepleieren har som mål å unngå forverring og opprettholde et visst funksjonsnivå. Martinsen omtaler dette som vedlikeholdsomsorg (Kristoffersen, 2005).

Vi definerer unødvendig tvang som tvang som utføres uten at det er basert på pasientens helseproblem på bakgrunn av de gitte kriteriene i § 4A-3 (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 1999) og tillitsskapende tiltak er gjerne ikke godt dekkende utprøvd. Eksempler på situasjoner der unødvendig tvang utføres som vi har sett i praksis kan være: tvang som utføres på grunnlag av for lite kompetanse, det vil si for lite kompetanse om ettervirkningene av tvangshandlingen hos pasienten. Ettervirkningene kan være at pasienten blir krenket, innesluttet, passiv og at tillitsbåndet mellom pleier og pasient blir brutt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Tvang som utføres grunnet ressursmangel, som personale og ulike hjelpemidler, og ressursmangel kan føre til tidspress. Vi har opplevd at mange pleiere bruker tidspresset som unnskyldning for å utøve unødvendig tvang.

Sterk paternalisme, der sykepleieren har en ”jeg vet best” holdning (Kristoffersen, 2005), kan for noen pasienter oppleves som tvang. Vi har erfart i praksis at pasienter uttrykker at når en sykepleier har denne holdningen så føler pasienten seg forpliktet til å føye sykepleieren, selv om det ikke er hva de ønsker. Pasienten kan oppleve å ikke få brukt sin mestringskompetanse, men heller å bli ”overkjørt” av sykepleieren.

Bollig, Pedersen & Førde skriver at etiske utfordringer som håndteres dårlig kan føre til at helsehjelpen som pasienten får gis på en gal måte (2009). Vi har sett i praksis at etiske utfordringer som omhandler bruk av tvang mot demente pasienter ofte ikke kan forsvares faglig og etisk. Pleieren utfører tvang uten å tenke over de farer tvangen kan føre til hos pasienten. Kirkevold skriver at det ofte virker tilfeldig hvem som har besluttet at tvang skal iverksettes og hvordan avgjørelsen om at tvang skal brukes er tatt. Dette fører til at det gis inntrykk av at det ikke er utført faglige vurderinger (2005).

Vi vil nå presentere to ulike situasjoner hvor vi ser teorien i lys av praksis, da sykepleie er et praktisk utøvende fagfelt.

Situasjon 1:

Trond Trondsen er 95 år, og bor på sykehjem. Han er dement, er inkontinent for urin og avføring, men han kommuniserer godt verbalt. Trond er blid, fornøyd og oppfattes som tilregnelig av personalet. Trond er delvis samtykkekompetent, men han er ikke samtykkekompetent i situasjoner som innebærer stell. Når sykepleierne kommer inn til Trond om morgenen for å stelle han ligger Trond ofte i avføring og urin. Trond gir verbalt ettertrykkelig uttrykk for at han ikke vil bli stelt. Avdelingen har prøvd ulike metoder av tillitskapende tiltak som for eksempel å innhente informasjon om mulige årsaker til hvorfor Trond ikke ønsker å stelle seg, å samarbeide med Trond om hvordan han vil bli stelt, avledning og lage avtaler, men dette har imidlertid ikke fungert. Enkelte av personalet velger å føye Trond, andre bruker sterk paternalisme mens andre utøver tvang i form av holding og vasking.

Trond er ikke samtykkekompetent i stellsituasjon, og sykepleieren har forsøkt å iverksette ulike tillitsskapende tiltak for å få gjennomført stell hos Trond. I følge vår definisjon blir Trond utsatt for tvang av de av personalet som fysisk holder og vasker Trond mot hans ønske. I et juridisk perspektiv er ikke tvangen som Trond utsettes for lovlig grunnet at personalet ikke har fått et vedtak på tvangshandlingen (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 1999).

Selv om det ser ut som at Trond blir utsatt for det vi har valgt å definere som unødvendig tvang kan man ved å søke om tvangsvedtak og situasjonen vil da bli omgjort til nødvendig tvang, det finnes likevel en del ulemper og fordeler med dette. En av de største fordelene med tvangshandlingen enkelte av personalet utsetter Trond for er at det forebygger dannelse av nye- og forverring av foreliggende helseproblem. Martinsen skriver at omsorg som utøves som en konkret handling krever begrunnelse. Begrunnelsen grunner i sykepleierens etiske og faglige vurderinger av situasjonen (Kirkevold, 2001). Forebyggelsen av helseproblem vil være en faglig begrunnelse for den omsorgen sykepleieren utøver. Dette er en positiv konsekvens som vil forekomme etter at tvangshandlingen er utført. På den andre siden kan Trond oppleve tvangshandlingen som krenkende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Dette vil da være en negativ konsekvens av selve tvangshandlingen. Som vi tidligere har nevnt

kan tvang føre til en rekke negative konsekvenser hos pasienten. En av disse konsekvensene er tillitsbrudd mellom pleier og pasient (ibid.). Vi har hørt om i fra praksis at sykepleiere mistenker at tillitsbruddet kan ha skjedd før tillitsskapende tiltak er forsøkt og da kan tilliten som er brutt være en årsak til at ulike tillitsskapende tiltak ikke vil fungere.

Ut i fra et konsekvensetisk syn vil sykepleieren handle godt for pasienten ved å utføre tvang i den grad av at Trond ikke utvikler nye eller forverrer foreliggende helseproblem. På en annen side kan man si at om tvang ikke blir utført vil en god konsekvens for Trond være at han ikke blir krenket av sykepleieren.

Martinsen skriver at gjennom det faglige skjønn skal sykepleieren kunne forstå og handle godt for pasienten (Martinsen, 1993). En svakhet med det faglige skjønnnet i denne situasjonen er at sykepleieren ikke vil ha noen mulighet til å sette seg inn i hva Trond føler og tenker rundt hendelsen. En styrke med skjønnnet er at sykepleieren skal handle godt for Trond, og i dette tilfellet kan det innebære å utføre tvangshandlingen.

Et positivt argument for tvang, ved tvangsvedtak, er at personalet er konsekvente i sine handlinger ovenfor Trond. Vi har erfart i praksis at når personalet er usikker ovenfor en pasient så smitter usikkerheten over på pasienten. Pasienten kan derfor oppleve å ikke få tilstrekkelig hjelp til å få dekket sine grunnleggende behov. På den andre siden så vil ikke Trond ha noen kontroll over situasjonen når pleiepersonalet innfører tvangsvedtak. Sykepleieren er pliktig til å ivareta en helhetlig omsorg for hver enkelt pasient (Norsk sykepleieforbund, 2007). I følge plikтетikken kan sykepleieren ta i bruk tvang for å gjennomføre omsorgen for Trond (Hummelvoll, 2004). Om pleiepersonalet søker om vedtak om tvang i stell for Trond er det likevel en fare for at pleiepersonalet blir uselvstendige (ibid.). Vi har opplevd i praksis at når en pasient har vedtak på tvang utfører personalet handlingen uten å nødvendigvis tenke på om man klarer å utføre handlingen uten å ta i bruk tvang.

På en annen siden så vil den helhetlige omsorgen hos Trond bestå av både fysisk og psykisk karakter. Man vil ikke kunne ivareta pasientens psykiske omsorg dersom pasienten opplever negative konsekvenser av tvangshandlingen.

Ved å se tvang i et plikтетisk syn ser vi at det også her er noen fordeler og ulemper ved tvang. En fordel med plikтетikken er at den kan forsvare bruk av tvang, grunnet at sykepleieren er pliktig til å ivareta den helhetlige omsorgen for pasienten (Norsk sykepleieforbund, 2007). Vi forstår dette som at sykepleieren er pliktig til å ivareta pasientens helse. Man må sørge for

pasienten, vise omtanke og bekymring (Martinsen, 2003). For å kunne sørge for pasientens helse kan sykepleieren være nødt til å benytte tvang, dette vil bli legalisert i et pliktetisk syn, så lenge tvangen blir vedtatt etter lovverket. En ulempe som er knyttet til pliktetikken er uselvstendighet (Hummelvoll, 2004). Vi har erfart i praksis at uselvstendighet kan føre til at man ikke klarer å se nye muligheter og løsninger. Uselvstendighet fører til at pleiepersonell ikke våger å tenke nytt, og de vil derfor heller ikke kunne finne andre muligheter for å forebygge tvang.

I følge Martinsen blir Trond også utsatt for det hun kaller formynderi (Kristoffersen, 2005), det kan også ansees som sterk paternalisme. Fordelen med sterk paternalisme for sykepleieren er at paternalisme ikke regnes som tvang ifølge lovverket (Lov om pasient og brukerrettigheter, 1999). Dermed vil sykepleieren kunne utføre den handlingen hun mener er best for pasienten. En ulempe med sterk paternalisme er at pasienten kan ha en subjektiv opplevelse av at han blir utsatt for tvang, og kan dermed føle krenkelse.

Vi oppsummerer med at tvangshandlingen som Trond utsettes for kan være nødvendig, men det kreves et lovvedtak. Selv om det blir innført vedtak om tvang hos Trond er det likevel viktig at personalet ser etter andre løsninger for å unngå tvang i størst mulig grad.

Situasjon 2:

Nina Nicolaisen er 93 år, og har fast plass på sykehjem. Nina er dement og er ikke samtykkekompetent. Hun blir stelt i seng hver morgen, noe hun gir tydelig uttrykk for i form av verbalt språk og fektende armer at hun ikke ønsker. Nina har noe redusert stå-funksjon, men hun klarer å stå ved hjelp av en som støtter henne. Nina protesterer ikke på stell ved vask på badet, men for at det kan skje må to pleier utføre stellet. Personalet mener imidlertid at det er raskere å stelle Nina i seng med tanke på tid og ressurser i en travel arbeidsdag.

Nina er ikke samtykkekompetent, og i følge vår definisjon blir hun utsatt for tvang. I situasjonen står det ingenting om at det er vedtak om å utføre tvang, dette betyr at Nina blir utsatt for unødvendig tvang ut i fra vår definisjon. Bollig et al. beskriver at etiske dilemmaer ofte forekommer grunnet ressursmangel (2009).

Dersom man ser situasjonen i gjennom Kari Martinsens faglige skjønn ha man muligheter til å se situasjonen fra flere ulike synsvinkler. Da kan man prøve å se situasjonen fra pasientens ståsted. Pasienten blir stelt i seng. Det å stelle seg om morgenene er en ferdighet som utvikles fra tidlig barndom (Brodtkorb, 2008) Det vil derfor bli en naturlig vane som utføres daglig, og

ingen vil gjøre dette likt. For Nina kan stellet i seng oppleves som unaturlig. Vi har opplevd i praksis at pasienter føler seg mer blottlagt ved stell i seng enn ved stell på badet. Vi har erfart at pasienter får brukt egne ressurser bedre i stell på bad enn i seng, og dermed blir de mer deltakende. I stell kan bevegelsesfunksjonene opprettholdes på en naturlig måte (ibid.).

Pasientene får gjennom kjente bevegelser bevart sine funksjoner. Martinsen beskriver hvordan pasienten skal kunne ivareta sine funksjoner i vedlikeholdsomsorgen (Kristoffersen, 2005). Å få delta i eget stell fører til mestring hos pasienten (Brodtkorb, 2008) og kan være en måte å utføre tillitsskapende tiltak på. Som vi ser i situasjonen er ikke tillitsskapende tiltak blitt utført eller dokumentert. I følge Lov om pasient- og brukerrettigheter må tillitsskapende tiltak være forsøkt før man får vedtak om å utføre tvangshandlinger (1999). Hem et al. skriver at pasienten kan bli engstelig og forvirret på grunn av at han føler seg truet, og dette kan føre til at pasienten yter motstand mot helsepersonellet. Årsaken til dette er at motstanden kan være knyttet til måten pleien mot pasienten utføres på, og ikke mot selve handlingen (2010). I dette tilfelle ser vi at Nina yter motsand mot å bli stelt i seng, men at hun godtar stellet når hun får komme opp på badet.

Fordelen med å stelle Nina i seng ut i fra et sykepleieperspektiv er at de har mulighet til å spare tid og ressurser. Dersom man ser tvangshandlingen i et konsekvensetisk syn ser vi at man kan velge å se synet fra enten et pasient- eller sykepleiersyn. I et konsekvensetisk syn må man se på konsekvensene av en handling, og handlingen må ha en overvekt av gode konsekvenser (Sneltvedt, 2005). Sykepleiere kan forsvare tvangsstellet i seng gjennom konsekvensetikken ved at det sparer sykepleieren for tid i en travel arbeidshverdag. Sykepleierne får da mulighet til å bruke mer tid hos hver enkelt pasient. Vi har erfart i praksis at tvang har blitt brukt for å frigjøre avdelingen for tid. Her vil konsekvensene være gode for sykepleieren, men ikke for Nina.

Dersom man ser på konsekvensetisk syn gjennom Nina så vil de gode konsekvensene av at Nina blir stelt oppe på badet være at hun får brukt sine ressurser og hun kan føle mestring ved å selv få delta i stellet og bestemme over egen kropp. Vi har erfart i praksis at pasienter som får brukt sine egen ressurser får mer livslyst i hverdagen.

Sykepleierne begrunner tvangshandlingen mot Nina med at det sparer avdelingen for tid og ressurser. Helse- og omsorgskomiteen skriver at:

Komiteen understreker at tvang aldri skal brukes som følge av mangler ressurser i helse- og omsorgstjenesten. Bruk av tvang forutsetter tvert i mot god ressurstilgang, blant annet i form

av kvalifisert personell som kan finne frem til frivillige hjelpetiltak og foreta gode faglige vurderinger av behovet for bruk av tvang (2006).

Kirkevold skriver at konklusjonen til helse- og omsorgskomiteen er god på bakgrunn av at helsetjenestene kan forbedres ved å øke fokuset på positive løsninger, øke kompetansen til personalet og dannelsen av fagmiljøer (2007). Vi forstår helse- og omsorgskomiteen som at tvangshandlinger som utføres på bakgrunn av ressursmangel, eksempelvis helsepersonell eller hjelpemidler, aldri kan brukes som gyldig argument i helsevesnet. I lov om pasient- og brukerrettigheter står det at tvangstiltak bare kan utføres dersom det er fare for pasientens helse (1999). Vi forstår loven som pasientsentrert på bakgrunn av at helsehjelpen som helsepersonellet utfører mot pasienten må være nødvendig og helsefare kan forekomme dersom helsehjelpen ikke utføres. Loven gir derfor ikke rom for at tvangstiltak kan vedtas på bakgrunn av institusjonens ressursmangel.

For personalet på sykehjemmet er situasjonen rundt Nina et vanskelig etisk dilemma. Bollig et al. skriver at dersom systematisk etikkarbeid styrkes kan personalet bedre håndteringen av vanskelige etiske dilemmaer. Forfatterne beskriver systematisk etikkarbeid som ulike tiltak i helsetjenester som tar sikte på å øke kompetansen og evnen til å behandle etiske utfordringer på en systematisk måte, eksempler på dette kan være kompetanseheving, retningslinjearbeid eller etablering av refleksjonsgrupper eller etikkomiteer (2009).

Vi konkluderer med at å utføre tvang i denne situasjonen ikke er faglig, etisk og juridisk forsvarlig på grunnlag av at ressursmangel ikke er en godkjent grunn til å ta i bruk tvang. Man ser også ut i fra situasjonen at Nina godtar stell på badet, det å flytte stellet tilbake på badet fra sengen er en form for tillitsskapende tiltak.

Ut i fra de situasjonene vi har drøftet og de praksiserfaringer vi har opparbeidet oss er det mange ulike måter å håndtere etiske utfordringer på. Bruk av tvang er det tiltaket som utgjør flest farer og de alvorligste konsekvenser både for sykepleier og pasienten. Hem et al. skriver at en av måtene sykepleiere kan redusere bruk av tvang på er ved å etablere tillitsfulle relasjoner med pasientene (2010).

5.0 Oppsummering

Vi ser at det ikke er en klar definisjon på tvangsbegrepet, og det er flere som har ulike meninger om hvordan man skal velge å se tvang. Vi utarbeidet derfor en egen definisjon hvor vi også delte tvangsbegrepet inn i to nye begreper som er hentet ut fra praksiserfaringer, nødvendig- og unødvendig tvang.

Vi har erfart at det finnes en del farer ved tvang, under utarbeidelse av denne oppgaven har vi tillært oss nye kunnskaper angående dette temaet.

Sykepleiere må utøve faglig skjønn, bruke sin kompetanse samt etiske overveielser for å kunne bedømme nødvendighet av å iverksette tvangstiltak. Denne bedømmelsen må ligge innenfor de juridiske rammene.

Litteraturliste

Aadland, E. (2004) ”Og eg ser på deg...”: vitenskapsteori i helse og sosialfag. (2. utg.)

[Oslo]: Universitetsforlaget. *

Alvsvåg, H. (2002) Klinisk skjønn. I I.T. Bjørk, S. Helseth & F. Nortvedt (red.) *Møte mellom pasient og sykepleier*. (208-222). Oslo: Gyldendal Akademisk. *

Berentsen, V.D. (2008) Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoffs (red.) *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 350-382). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bollig, G., Pedersen, R. & Førde, R. (2009) Etikk i sykehjem og hjemmetjenester. *Sykepleien forskning*. 4(3), 186-167. doi: 10.4220/sykepleienf.2009.0097. *

Brinchmann, B.S. (2005) Pliktetikk. I B.S. Brinchmanns *Etikk i sykepleien*. (s. 51-61) Oslo: Gyldendal Akademisk

Brodtkorb, K. (2008) Stellet – mulighetens arena. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoffs (red.) *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 148 - 156). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskrivning for studenter*. (4.utg.) [Oslo]: Gyldendal Akademisk.

Engedal, K., Kirkevold, Ø., Eek, A., & Nygård, A-M. (2001) *Skal, skal ikke...: Rettighetsbegrensinger og bruk av tvangstiltak i behandling og omsorg av personer med demens*. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.*

Engedal, K. & Haugen P.K. (2004) *Demens. Fakta og utfordringer*. (3. utg.) [Tønsberg]: Forlaget Aldring og helse. *

- Fjørtoft, A.K. (2006). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2003) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur. *
- Forskrift for sykehjem m.v. (1989). Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. Lokalisert på <http://www.lovddata.no>. *
- Halvorsen, K. (2008) *Å forske på samfunnet: en innføring I samfunnsvitenskapelig metode*. (5. utg.) [Oslo]: Cappelen Forlag as. *
- Hauge, S. (2008) Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoffs (red.) *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. (219-236) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet.(2011) *Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet: Balansegang mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. (Norges offentlige utredninger [NOU] 2011: 9). Lokalisert på: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2011/nou-2011-9.html?id=647625> *
- Helse- og omsorgskomiteen (2006) *Innstilling frå helse- og omsorgskomiteen om lov om endringar i pasientrettighetslova og biobanklova*. (ot.prp.nr. 64, 2006-2007). Oslo: Stortinget.*
- Hem, M.H., Gjerberg, E., Pedersen, R. & Førde, R. (2010) Pleie og omsorg i grenseland mellom frivillighet og tvang. *Sykepleien Forskning* 5(4) 294-301. doi: 10.4220/sykepleief.2011.0007. *
- Hummelvoll, J.K. (2004) *HELT- ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (6. utg.) [Oslo]: Gyldendal Akademisk.
- Johnsen, L. & Smebye, K.L. (2008) Bruk av tvang i demens omsorgen. I K.L. Smebye & A.M.M. Rokstads *Personer med demens: møte og samhandling*. (s. 207-231). Oslo: Akribe AS *
- Kirkevold, M. (2008) Den gamles integritet. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoffs (red.) *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (s.91-99) Oslo: Gyldendal Akademisk

Kirkevold, Ø. (2007). Bruk av tvang i norske sykehjem: Overgrep eller nødvendig del av god omsorg? *Utposten* (6) 11-14. Lokalisert på: <http://www.utposten-stiftelsen.no/LinkClick.aspx?fileticket=oD8KbRmIUCE%3D&tabid=267&mid=777>. *

Kirkevold, Ø. (2005) Bruk av tvang i sykehjem. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 10 (125) 1346-1248. Lokalisert på: <http://tidsskriftet.no/article/1192223>. *

Kirkevold, Ø. & Engedal, K. (2004) Prevalence of patients subjected to constraint in Norwegian nursing homes. *Scand J Caring Sci*, 18 (3) 281-286. Lokalisert på <http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.5.0b/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=fulltext&D=ovft&AN=00007245-200409000-00007&NEWS=N&CSC=Y&CHANNEL=PubMed>. *

Kristoffersen, N.J. (2005) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A. Skaugs (red.) *Grunnleggende sykepleie: Bind 4*. (s. 13-99). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N.J. & Nortvedt, P. (2005) Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A.Skaugs (red.) *Grunnleggende sykepleie: Bind 1*. (s. 137-183). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lov om kommunal helse- og omsorgstjeneste, LOV-2011-06-24. § 3-2- (2012). Lokalisert på <http://www.lovdato.no>.

Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-1999-07-02-63. § 1-3c. (2012). Lokalisert på <http://www.lovdato.no>.

Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-1999-07-02-63. § 4-1 (2012). Lokalisert på <http://www.lovdato.no>.

Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-1999-07-02-63. § 4-3 (2012) Lokalisert på <http://www.lovdato.no>.

Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-1999-07-02-63. § 4-6 (2012). Lokalisert på <http://www.lovdato.no>.

Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-1999-07-02-63. § 4A-1 (2012) Lokalisert på <http://www.lovdato.no>.

Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-1999-07-02-63. § 4A-3 (2012). Lokalisert på <http://www.lovdatab.no>.

Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-1999-07-02-63. § 4A-5 (2012). Lokalisert på <http://www.lovdatab.no>.

Lov om helsepersonell, **LOV-** 1999-07-02-64. § 21 (2012). Lokalisert på <http://www.lovdatab.no>.

Martinsen, K. (2005) *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe AS.

Martinsen, K. (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk- filosofiske essays*. (2. utg.) [Oslo]: Universitetsforlaget. *

Martinsen, K. (1993) *Fra Marx til Løgstrup: om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: Universitetsforlaget.

Mæland, J.G. (2005) *Forebyggende helsearbeid: -i teori og praksis*. (2. utg.) [Oslo]: Universitetsforlaget. *

Nordtvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinar, L.M. (2008) *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: -en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleieforbund.

Norsk sykepleieforbund (2007) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Norsk sykepleieforbund.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2003) *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk. *

Pedersen, R., Hofmann, B. & Mangset, M. (2007) Pasienttunomi og informert samtykke i praksis. *Tidsskrift for Den norske legeförening*. 12 (127) 1644-1647. Lokalisert på: <http://tidsskriftet.no/article/1550083>. *

Rokstad, A.M.M. (2006) "Jeg vil ikke bli behandlet som en unge": *Etiske refleksjoner knyttet til behandling av personer med demens*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse. *

Romøren, T.I. (2008) Eldre, helse og hjelpbehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoffs (red.) *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 29-37) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Slettebø, Å. (2008) Ethiske dilemmaer. I B.S. Brinchmanns (red.) *Etikk i sykepleien*. (2.utg., s. 42-54) [Oslo]: Gyldendal Akademisk.

Slettebø, Å. (2002) *Sykepleie og etikk*. (3. utg.) [Oslo]: Gyldendal Akademisk.

Sneltvedt, T. (2005) Konsekvensetikk. I B.S. Brinchmanns (red.) *Etikk i sykepleien*. (s. 62-71) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Snoek, J.K. & Engedal K. (2000) *Psykiatri: Kunnskap. Forståelse. utfordringer*. (3. utg.) [Oslo]: Akribe Forlag AS.

Vesaas, H.M. (1995) *Livshus*. Oslo: Aschehaug

Vedlegg 1

Dato	Database	Søkeord	Avgrensing	Antal l treff	Leste abstrakte r	Leste artikle r	Inkludert e artikler
19/01 -12	CINAHL	Forced + morning care + nursing		2	0	0	0
19/01 -12	CINAHL	Alzheimer desease + morning care + nursing		0	0	0	0
19/01 -12	PubMed	Nursing + morning care + forced		2	0	0	0
19/01 -12	Pubmed via OVID	Forced + nursing + dementia		6	1	1	0
19/01 -12	PubMed	Forced + Alzheimers desease + nursing		0	0	0	0
19/01 -12	PubMed	Forced + Alzheimers desaese + care		0	0	0	0
19/01 -12	PubMed	Prevent force + Alzheimers desease		0	0	0	0
19/01 -12	PubMed	Dementia + nursing + morning care + force		1	1	0	0
19/01 -12	PubMed	Prevent force + nursing + dementia		2	1	0	0

19/01-12	Helsebiblioteket	Tvang + Alzheimers sykdom + sykepleie	Oppsummer t forskning	0	0	0	0
19/01-12	Helsebiblioteket	Force + dementia + nursing	Oppsummer t forskning	13	0	0	0
19/01-12	Helsebiblioteket	Force + dementia + morning care	Oppsummer t forskning	4	0	0	0
19/01-12	Helsebiblioteket	Morning care + force + nursing	Oppsummer t forskning	10	0	0	0
19/01-12	Sykepleien	Tvang		68	2	1	1
19/01-12	Sykepleien	Morgenstell		2	0	0	0
19/01-12	Sykepleien	Alzheimers sykdom		0	0	0	0
19/01-12	SveMed+	Tvang + demens		7	2	1	1
19/01-12	SveMed+	Morgenstell + tvang		0	0	0	0
19/01-12	SveMed+	Tvang + Alzheimers sykdom		0	0	0	0
19/01-12	SveMed+	Morning care + nursing		2	0	0	0
19/01-12	SveMed+	Morning care + force		0	0	0	0
19/01-12	SveMed+	Force + dementia		4	0	0	0
11/01-12	Tidsskriftet for Den Norske legeforening	Sykehjem + tvang		20	3	2	1
12/01-12	Helsebiblioteket	Tvang + demens	Oppsummer t forskning	1	1	1	0
19/01-12	Sykepleien	Etikk i sykehjem		6	1	1	1
19/01-12	CINAHL	Aggressive dementia + caring		11	1	1	0
19/01-12	CINAHL	Nursing homes + force +		14	3	3	1

		dementia					
23/01 -12	PubMed	Avoiding restraints + dementia		5	1	1	0

Etter kontakt med Øyvind Kirkevold over mail fikk vi tilsendt to artikler, der vi leste abstraktet på den ene men ingen av disse artiklene ble innlemmet i oppgaven.

