



**Bacheloroppgave i sykepleie**

Emnekode: SY 180H 000

Kandidatnr: 15

Kandidatnr: 40

[Fygle, Rakel Mari Vinje  
Børresen, Kristine]

*«I hvilken grad opplever sykepleiere ansatt i sykehjem, at Pasientrettighetsloven kapittel 4a virker inn på pleien av pasienter med demens, uten samtykkekompetanse, og hvordan fungerer loven i praksis»*

Dato for innlevering: 30.04.2010

For i sandhet at kunne jælpe en annen, må jeg forstå mere end ham -  
men dog først og fremmest forstå det han forstår

(Solheim 2009:69)

## **Innhold**

<b>1.0 Innledning</b> .....	s.2
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	s.3
1.2 Tema og problemstilling.....	s.3
1.3 Begrensninger.....	s.3
1.4 Begrepsavklaringer.....	s.3
<b>2.0 Metode</b> .....	s.5
2.1 Datasamling .....	s.5
2.2 Forberedelser.....	s.5
2.3 Metodekritikk.....	s.6
<b>3.0 Pasientrettighetsloven kapittel 4 A</b> .....	s.7
<b>4.0 Demens</b> .....	s.10
<b>5.0 Tvang i sykehjem</b> .....	s.12
<b>6.0 Kari Martinsen</b> .....	s.15
6.1 Menneskesyn og forståelse.....	s.15
6.2 Omsorg.....	s.16
<b>7.0 Funn</b> .....	s.18
7.1 Opplevelse av behov for en slik lov, i forkant av at den trådte i kraft.....	s.18
7.2 Tilegning av kunnskap om kapittel 4 A.....	s.19
7.3 Vanligste tvangstiltak.....	s.19
7.4 Forandringer for sykepleiere.....	s.20
7.5 Forandringer for pasienter .....	s.20
7.6 Hva er vanskelig med kapittel 4 A.....	s.21
7.7 Fokuseres det på tillitskapende tiltak? .....	s.21
<b>8.0 Drøfting</b> .....	s.23
8.1 Behovet for kapittel 4 A.....	s.23
8.2 Bruk av tvang.....	s.24
8.3 Når kapittel 4 A ut til mottakerne den er ment for.....	s.26
8.4 Sykepleierens erfaringer i praksis.....	s.29
<b>9.0 Oppsummering</b> .....	s.32
<b>Litteraturliste</b> .....	s.34
<b>Vedlegg 1: Selvvalgt litteratur</b> .....	s.35
<b>Vedlegg 2: Intervjuspørsmål</b> .....	s.37
<b>Vedlegg 3: Søknad om tillatelse til innhenting av data</b>	

## **1.0 INNLEDNING**

Antall ord: 9861

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

Med tanke på de erfaringer vi har gjort oss i møte med mennesker i institusjon, er mennesker som har diagnosen demens, og som med det har fått en endring i sin livssituasjon, et tema vi har gjort oss flere tanker om. Denne pasientgruppen er ofte ekstra sårbare fordi de ikke alltid kan gi uttrykk for sine egne ønsker og behov. Flere er også ofte umyndiggjort. Vi har en viktig jobb med tanke på å bevare deres livskvalitet og verdighet, da de kanskje selv ikke mestrer dette lengre på grunn av sin sykdom. Våre erfaringer er at situasjoner som kan minne om ”overgrep” skjer til stadighet, og vi har ofte stilt oss spørsmål ved om dette er riktig eller galt. Vi har dessuten fått uklare tilbakemeldinger på dette i våre praksisstudier. Våre oppgaver som sykepleiere ligger ikke bare i å behandle og å gi omsorg og god pleie, men det ligger mye etikk til grunn i alle våre arbeidsoppgaver. Vi ønsker å ivareta våre fremtidige pasienter på en verdig og respektfull måte, og vil derfor bruke tid på å skaffe oss mer kunnskap om emnet.

Kapittel 4 A i Pasientrettighetsloven trådte i kraft 1. Januar 2009.

Kapittel 4 A skal sikre nødvendig helsehjelp til pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen.(...)  
Bestemmelsene i kapittel 4 A skal også forebygge og begrense bruk av tvang. (Helsedirektoratet 2008)

Vi ønsker å gå dypere inn i hva denne loven går ut på og i hvilken grad den fungerer i praksis. I hovedsak ønsker vi å fokusere på emnet tvang, og å bruke kapittel 4 A som en rød tråd i den større sammenhengen. Her mener vi med tanke på om den brukes på riktig måte – altså brukes den med den hensikt å forebygge tvang, eller brukes den som en ”godkjent grunn” til og ”overkjøre” pasientene, altså en lettvent vei til å utføre tvang.

## 1.2 Tema og problemstilling

Temaet i denne oppgaven er bruk av tvang i forhold til eldre med demens. Som problemstilling har vi kommet frem til:

”I hvilken grad opplever sykepleiere ansatt i sykehjem, at Pasientrettighetsloven kapittel 4 A virker inn på pleien av pasienter med demens, uten samtykkekompetanse, og hvordan fungerer loven i praksis?”

## 1.3 Begrensninger

Kapittel 4 A er tilegnet ulike pasientgrupper. Herunder gjelder somatisk helsehjelp til personer med demens, utviklingshemning og fysiske og psykiske forstyrrelser. Vi har valgt å konsentrere oss om eldre i sykehjem som har en form for demens og som mangler samtykkekompetanse. Vi ønsker å fokusere på sykepleierens rolle, og vi har derfor valgt å intervju tre sykepleiere ved to ulike sykehjem, som har vært i yrket både før og etter loven trådte i kraft. Dette har vi gjort for å tilegne oss informasjon om hvordan kapittel 4 A fungerer i praksis, og videre hvilke endringer dette har medført pasientene ved avdelingen. Årsaken til at vi har valgt å intervju tre sykepleiere ved to institusjoner, er for å få en pekepinn om det er noen avdelinger kapittel 4 A fungerer annerledes enn andre. Vi ser at det kunne vært aktuelt å være ute i avdelingene selv for å observere og å se situasjonene med egne øyne, men det så vi ikke at vi hadde tilstrekkelig tid og ressurser til. Vi har derimot vært i kontakt med prosjektlederen i helseavdelingen for å undersøke om det er registrert noe statistikk, da han har ansvar for å følge opp kapittel 4 A i fylket.

## 1.4 Begrepsavklaringer

Pasientrettighetsloven kapittel 4 A omtaler vi videre i oppgaven som kapittel 4 A. Med tvang mener vi tiltak som brukes for å omgå eller overvinne motstand fra pasienten. Herunder beskrivelser som holding av pasient i

armer og ben, holde pasient tilbake i institusjon, eller lure i pasient legemidler i form av å ha det i syltetøy og lignende. Også bevegelseshindrende tiltak som stol og sengebelte og plassering av bord fremfor stol slik at pasienten ikke kan bevege seg fritt anses her som tvang. Elektronisk varslingsystem for å overvåke pasienten, anses også som bruk av tvang.

## **2.0 METODE**

Med tanke på at kapittel 4 A trådte i kraft for omtrent ett år siden, finnes det ikke mye litteratur på dette området. Vi har derfor valgt å bruke den kvalitative metoden, som legger vekt på å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle. (Dalland 2006).

### **2.1 Datasamling**

Vi har samlet informasjon ved å bruke intervju. Vi valgte med det å intervju tre ulike sykepleiere, ved to ulike institusjoner, i to forskjellige kommuner. I tillegg har vi fått anledning til å være med på kurs blant legene i kommunen hvor kapittel 4 A ble presentert. Vi har også vært på et kurs som ble holdt av prosjektleder i helseavdelingen i fylket, som vi også har fått statusrapport fra. Her fikk vi en innføring i kapittel 4 A fra loven trådte i kraft. For å skaffe oss materiale til vår oppgave har vi lånt bøker på skolens bibliotek, samt fått tilsendt ulike kompendier fra Sosial- og helsedirektoratet. Vi har også funnet relevante artikler i nettbaserte databaser.

### **2.2 Forberedelser**

Før intervjuene, lagde vi en intervjuguide med de spørsmålene vi ønsket å stille (vedlegg 2), og så leverte vi søknad om innhentelse av data til læreren vår, som godkjente dette. Vi leverte søknad til institusjonene vi ønsket å intervju sykepleierne, hvor vi informerte dem om emnet vi var interessert i, samt vår problemstilling. Vi informerte også om at vi ville bruke båndopptaker. Vi fikk godkjenning fra institusjonene per brev, med navn på de ulike intervjupersonene vi skulle møte, og tidsperiode det passet at vi kom. Institusjonene returnerte ikke våre søknader, men vi vil derfor legge ved svarene vi fikk fra dem. (Vedlegg 2) Intervjuenes varighet regnet vi til ca 30 – 45 min.

### 2.3 Metodekritikk

I prosessen med å møte de ulike intervjupersonene, opplevde vi at det var to av de tre sykepleierne det var vanskelig å komme i kontakt med, da tidsperioden vi hadde oppgitt og de hadde godkjent, ikke ble aktuell likevel. Den første sykepleieren vi intervjuet stilte opp til det tidspunktet vi hadde planlagt, mens de to andre måtte avlyse flere ganger. Vi endte med å måtte finne en annen sykepleier som nr tre, da hun som i utgangspunktet skulle la seg intervju ikke var mulig å få tak i. Dette gjorde at perioden vi hadde satt av til å innhente oss data hos de ulike sykepleierne, ble noe lengre og mer oppstykket enn vi i utgangspunktet hadde tenkt.

Arbeidet med å transkribere intervjuet fra båndopptaker følte vi var krevende, men at prosessen gikk greit. Mengden av informasjon fra de ulike sykepleierne varierte, og vi følte at det var flere ufullstendige setninger. Vi mener at vi etter mye tenking og etterarbeid, har klart å resonere oss fram til hver enkelt sykepleiers meninger og opplevelser, spesielt med det at vi startet transkriberingen like etter at hvert enkelt intervju var gjort. Likevel mener vi det er vanskelig å være sikker på at det vi resonerer oss fram til, stemmer overens med informantenes faktiske tanker og opplevelser.

Videre ser vi ulempen med å lage spørsmålene til intervjuene i begynnelsen av skriveprosessen. Dersom vi hadde hatt flere kunnskaper om emnet da vi lagde intervjuguiden, ville spørsmålene kanskje vært mer utfyllende og svarene hadde kanskje kommet oss mer til gode. Vi ser også at vi kunne ha sendt intervjupersonene spørsmålene våre på forhånd, slik at vi kanskje hadde fått mer utfyllende svar. Vi valgte å ikke gjøre dette, da det kunne gitt dem en mulighet til å ”pynte” på virkeligheten.



### 3.0 PASIENTRETTIGHETSLOVEN KAPITTEL 4 A

Pasientrettighetsloven kapittel 4 A trådte i kraft 1. Januar 2009. Loven har til formål å sikre nødvendig helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse over 16 år, som motsetter seg helsehjelp. Bestemmelsene er også ment for å forebygge og hindre tvang i den grad at helsepersonell kontinuerlig skal reflektere og være bevisst sine handlinger med pasienter uten samtykkekompetanse. (Helsedirektoratet 2008) Samtykkekompetanse er en pasients kompetanse til å selv ta en avgjørelse når det kommer til spørsmål om å ta i mot helsehjelp. (Helsedirektoratet 2008). I Pasientrettighetslovens § 1-3 bokstav c er begrepet helsehjelp beskrevet som handlinger som har forebyggende, behandlende, diagnostisk, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som da er gjort av helsepersonell. (Rokstad og Smebye 2008). Dette betyr da at pasienter uten samtykkekompetanse, mangler en viktig forutsetning til å få velge selv. For oss som pleiere å ta avgjørelser ut i fra pasientens svar, kan da føre til at pasienten får helsehjelp som egentlig *ikke* er i samsvar med vedkommendes interesser. På den andre siden kan det føre til at pasienten ikke får helsehjelp, som *er* av hans interesse. Kapittel 4 A innebærer at helsepersonell i enkelte tilfeller kan få adgang til å ta avgjørelser for hvilke tiltak som skal iverksettes dersom pasienten mangler samtykkekompetanse og motsetter seg helsehjelpen. Herunder er det et helt sentralt premiss at pasientens samtykkekompetanse vurderes på en forsvarlig måte. Helsepersonellet må ha en viss faglig kompetanse i forhold til den demenssykdommen pasienten har. Avgjørelsene vedrørende samtykket skal dessuten være skriftlig begrunnet. Det er også viktig at samtykkekompetanse vurderes konkret i forhold til den beslutningen som skal tas, og samtidig må pasientens forutsetninger for å samtykke optimaliseres.

Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er stand til å forstå hva samtykket omfatter (Pasientrettighetsloven § 4-3 andre ledd).

Hvis viser vi til Pasientrettighetsloven § 4-3 tredje og fjerde ledd hvor det

gis regler som stiller spesielle krav til hvordan avgjørelser om bortfall av samtykkekompetanse skal saksbehandles. Videre sier § 4-3 tredje ledd: "Den som yter helsehjelp avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke etter annet ledd". Når en pasient mangler samtykkekompetanse er det i kapittel 4 A en enighet om at helsepersonell og pårørende, samt pasientens tidligere ønsker og verdier skal ha en sentral rolle for å avgjøre hva som er pasientens reelle interesser, da pasientens meninger og verdier ikke alltid kan vektlegges i en slik situasjon. Målet med dette er å respektere pasientens integritet når samtykkekompetansen mangler. Kapittel 4 A stiller krav til hvilke vurderinger som skal gjøres dersom pasienter uten samtykkekompetanse gjør motstand og tvang blir nødvendig. Sentrale verdier og hensyn som må vurderes er blant annet tillit, å begrense tvang, å yte nødvendig helsehjelp, å hindre helseskade, samt krenkelse forbundet med tvang. Regelverket gir rammer for disse vanskelige avgjørelsene, men likevel er det sentralt med fagetiske vurderinger og refleksjoner. (Helsedirektoratet 2008) Eksempler på dette er hvordan en som pleier på en best mulig måte kan forebygge tvang, og i de tilfeller det er nødvendig å bruke tvang, gjennomføre dette på en måte som gjør det minst mulig inngripende overfor pasienten. Tvangstiltaket må stå til helsehjelpen som blir gitt.

Manglende faglig kompetanse kan føre til unødvendig bruk av tvang, og samtidig er det viktig å unngå mangelfulle ressurser. For å begrense bruken av tvang må kvalifisert helsepersonell bruke tid til refleksjon og diskutere de etiske utfordringene med å frata en pasient hans samtykkekompetanse. Uansett, før det utføres tvang skal det etter kapittel 4 A § punkt 4 A-3 være forsøkt tillitskapende tiltak med mindre det er formålsløst å prøve dette. Dette vil si at pleieren må prøve på best mulig måte å tilrettelegge for helsehjelpen uten å bruke tvang. Måter å gjøre dette på kan være å informere pasienten og forsøke å gjøre situasjonen så trygg som mulig for ham, bruke god tid på å forstå hvorfor pasienten motsetter seg helsehjelpen og bruke pårørende for å få informasjon om pasienten som kan gjøre samarbeidet lettere. (Helsedirektoratet 2008) Dersom en pasient mangler samtykkekompetanse og en er nødt til å ta i bruk tvangstiltak for at pasienten skal få nødvendig helsehjelp må det som nevnt være forsøkt

tillitskapende tiltak. Hvis ikke helsehjelpen lar seg gjennomføre på tross av dette, må helsepersonellet fatte et vedtak som åpner for utøvelse av tvang. Vi viser til Pasientrettighetsloven kapittel 4 A § 4 A-5 som blant annet sier at

”Vedtak etter dette kapitlet treffes av det helsepersonellet som er ansvarlig for helsehjelpen. (...) Der det er mulig, skal det innhentes informasjon fra pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten ville ha ønsket”.

Kopi av vedtaket skal sendes til helsetilsynet i fylket. (Helsedirektoratet 2008).

#### 4.0 DEMENS

I følge Rokstad og Smebye (2008) kommer ordet *demens* av det latinske ordet *de*, som betyr *uten*, og ordet *mens* som betyr *sjel*. Direkte oversatt blir betegnelsen demens, *uten sjel*. Å ha en form for demens vil si at flere av de kognitive funksjonene er svekket. Blant disse inngår konsentrasjon, hukommelse, kritisk sans, resoneringsevne og også språkfunksjonen. En demenssykdom kan gå ut over evnen til å ta vare på seg selv. Det finnes flere typer demens og graden av dem varierer også. (Jacobsen m.fl. 2006) Personen med demens vil ha redusert evne til å skille mellom viktig og ikke så viktig informasjon. Videre er det vanskeligere for en person med demens å holde oppmerksomheten på noe bestemt over lengre tid. Slik kan det å se i en bok eller et program på TV bli for mye på en gang. Et annet symptom på demens, og også noe som opptrer tidlig i sykdomsforløpet er mangelen på korttids - og/eller langtidshukommelse. Videre følger språkvansker, noe som kan gjøre det vanskelig for dem å uttrykke sine ønsker, tanker og følelser. (Rokstad og Smebye 2008). Handlingssvikt hos personer med demens kan ses i sammenheng med at de mister evnen til å orientere seg. Noe så enkelt som å finne frem til toalettet i sin egen leilighet kan plutselig bli en vanskelig oppgave. Også det å utføre handlinger som før var enkle, et eksempel kan være å dekke frokostbordet. Dette er noe personen har gjort i mange år, likevel, mestrer han ikke dette nå. Alt dette kan skape vesentlige problemer i hverdagen. (Solheim 2009). Selv om kognitive ferdigheter er svekket kan en person med en form for demens ha bevart mange av sine personlige egenskaper.

Om vi går noen tiår tilbake kan vi se forandringer i måten vi omtaler mennesker som har en demenssykdom på. Før ble det i større grad sagt «den demente», mens det nå fokuseres mer på personen bak sykdommen. En vil derfor, i dag, heller bruke betegnelsen "person med demens". En pleier skal ikke unngå sykdommen, men det er snakk om å utvide sitt eget perspektiv i forhold til pasienten. (Rokstad og Smebye 2008.) Videre sier Rokstad og Smebye (2008) noe om at en i de senere år har vist større interesse for de adferdsmessige og følelsesmessige sidene i forhold til demens. De kognitive symptomene er noe som kjennetegner en demenssykdom, men de

atferdsmessige symptomene vil kanskje si oss enda mer om pasientens tilstand her og nå. Kanskje vil pasienten si oss noe på denne måten, selv om han mangler et språk eller evne til å kommunisere verbalt.

En helhetlig omsorg innebærer at den som hjelper, forholder seg til mer enn bare den kognitive svikten hos personen. Helhetlighet innebærer at samhandling mellom mennesker tillegges mening, at både verbale og ikke-verbale signaler, samt atferd, er former for kommunikasjon som må tolkes og forsøkes forstått. Individualisering er viktig for å kunne støtte opp under den enkeltes identitet, og for å legge til rette for at vedkommendes friske sider kan bevares. Personer i miljøet rundt pasienten må ta sikte på å erstatte og kompensere for det som svikter. (Rokstad og Smebye 2008:22).

Å arbeide med personer med demens kan være utfordrende og krevende. For å kunne håndtere en situasjon på best mulig måte bør en ha gode kunnskaper om demenssykdommer, hele tiden reflektere over egne og pasientens handlinger, og helst ha kjennskap til pasienten for å forstå ham bedre. Dessuten kan samarbeid med pårørende gi informasjon om pasientens bakgrunn og dermed bygge på hans identitet og prøve å bevare denne i størst mulig grad. (Rokstad og Smebye 2008.) Utfordrende eller vanskelig atferd blant personer med en demenssykdom kan ses som en reaksjon på en forandret livssituasjon. Begrensede muligheter for kommunikasjon og livsutfoldelse som er påvirket av forandringer i hjernen, kan gi tap av livskvalitet og videre gi utfordringer for pleiepersonalet. Som nevnt tidligere kan endret atferd og følelsesreaksjoner være en kommunikasjonsmåte. Kanskje har pasienten fått for mye stimuli, eller han har blitt påvirket av en pleier som er stresset. Skal en pleier forstå og tolke disse må han ha en bred og åpen innfallsvinkel. Ved å bruke en empatisk tilnærming, altså prøve å sette seg inn i pasientens situasjon og forstå ham ut fra hans ståsted, er det nok større sjanse for å kunne hjelpe ham. (Rokstad og Smebye 2008).

## 5.0 TVANG I SYKEHJEM

Rokstad og Smebye (2008) definerer tvang som *fravær av samtykke*. Situasjoner med etiske dilemmaer er noe en som sykepleier vil oppleve i møte med pasienter. Da er det sentralt å finne en god balanse mellom frihet, hjelp og tvang, som er til det beste for pasienten. (Eide 2005) Det har i de senere år blitt gjort en del funn som viser at tvang brukes i mye større grad enn forventet. Dette gjelder for sykehjem. Blant annet har Kirkevold (2005) gjort en undersøkelse hvor han har intervjuet primærpleierne til 1926 pasienter ved ulike sykehjem. Tvangstiltakene i undersøkelsen omhandlet bruk av sengehest, fiksering av pasient i seng eller stol, tilbakeholdelse av pasient, elektronisk overvåkning, tvang i forhold til medisinsk undersøkelse, og tvang i forbindelse med stell og andre daglige aktiviteter. Resultatet viste at nesten 45 prosent av pasientene som tilhørte skjermede enheter ble utsatt for minst ett tvangstiltak i løpet av sju dager. Tvangstiltakene som var mest vanlige her var i forbindelse med medisinsk undersøkelse og i henhold til aktiviteter i dagliglivet (ADL), også medisinerer. I vanlige somatiske avdelinger ved sykehjem ble nesten 37 prosent utsatt for minst ett tvangstiltak i løpet av sju dager. I disse enhetene var disse de vanligste: bruk av sengehest og fiksering av pasient i stol eller seng. Det kommer frem i artikkelen av Kirkevold (2005) at tvang er dårlig dokumentert i pasientens journal og at det mer eller mindre er overlatt til tilfeldighetene med tanke på hvem som bestemmer at tvang skal benyttes i ulike situasjoner. I en artikkel "Ny lov gir "alle" tvangsfullmakt" (Storvik 2008) sier Thune at det er oppsiktsvekkende at stortinget fatter en lov som lett gir adgang til å bruke tvang mot svake grupper som eldre med demens. Hun mener alle gis for stor adgang til å utøve tvang, og at minst en av dem som fatter vedtak om tvang bør ha høgskoleutdanning. Kirkevold sier i den samme artikkelen at en må være på vakt med hensyn til om loven blir brukt til sitt formål. "Det kan være at noen vil bruke loven til å legalisere en unødig og uforsvarlig bruk av tvang".

Innenfor demensomsorgen begrunner ofte helsepersonell bruken av tvang med at det er til pasientens beste i følge Rokstad og Smebye (2008). Selv om en person med demens mangler samtykkekompetanse, vil han nok føle

seg krenket dersom han blir utsatt for tvang. Han kan dessuten, på grunn av sin sykdom og manglende forståelse for situasjonen, føle den enda mer krenkende enn en person som ikke har noen demenssykdom.

Demensrammede i sykehjem er svake grupper. Det er alltid en fare for overdreven bruk av tvang. Norge er en demokratisk velferdsstat, likevel benyttes nok tvang mot disse pasientene i mange tilfeller av ressursmessige årsaker som for lav bemanning og for lite kompetanse om demenssykdommer blant helsepersonell. (Rokstad og Smebye 2008).

God omsorg for personer med demens bygger på prinsippene om medbestemmelse og individualisering. Likeledes vil forståelse for personens situasjon være en forutsetning. Hvis en kan gi hjelp på pasientens premisser og dermed unngå tiltak som er uønsket av pasienten, vil en i større grad kunne forebygge bruk av tvang. (Rokstad og Smebye 2008:224).

Det er blant annet lovfelt i pasientrettighetsloven at personer med redusert samtykkekompetanse har rett til medvirkning. (Pasientrettighetsloven) Dette kan imidlertid være vanskeligere å utføre i praksis. Hvis en person som har en form for demens får retten til å medvirke og bestemme over egen situasjon styrker det selvfølelsen og medvirker til økt integritet.

Bestemmelsene trenger ikke være av stor art, som for eksempel avgjørelser om flytting og salg av eiendom. De små, men likevel betydningsfulle valg i hverdagen, som å selv bestemme leggetid og pålegg på brødskiva, er de som kan bidra til bedre trivsel hos den demensrammede. (Rokstad og Smebye 2008).

Videre vil vi trekke fram Helse- og omsorgsmelding fra Nordland 2009. I rapporten ser vi at det ved utgangen av 2009 var mottatt 95 vedtak fra dette fylket, hvorav 87 % av disse omhandlet personer med demens. Av disse vedtakene gjaldt 48 % tilbakeholdelse i institusjon og/eller låste dører på rommet eller i avdelingen. 36 % av vedtakene omhandlet bevegelseshindrende tiltak som bruk av sengehest eller bruk av belte i stol. Videre ser vi at 29 % av vedtakene omhandlet pasienter med inkontinens som motsatte seg stell, og at 20 % omhandlet medisiner blandet i mat og/eller drikke. Fra rapporten ser vi også at Helsetilsynet i Nordland bekymrer seg for at det fortsatt ved utgangen av 2009, bare er mottatt vedtak

fra bare ¼ av Nordlandskommunene. (Helse- og omsorgsmelding 2009) Det er usannsynlig at resten av institusjonene i kommunene ikke har pasienter som mangler samtykkekompetanse, og som det utføres tvang overfor.



## **6.0 KARI MARTINSEN**

Vi har valgt å bruke Kari Martinsens omsorgsfilosofi. Martinsen har utviklet sin tenkning gjennom et langt forfatterskap som omfatter bøker og artikler. (Kristoffersen, bind 1, 1998) Hun legger vekt på en menneskeoppfatning hvor menneskelige relasjoner er grunnlaget, og bringer fram den enkelte sykepleiers faglige skjønn og praktiske kunnskap som viktigere og mer sentralt i utøvelsen av sykepleie, enn den teoretiske kunnskapen. (Kristoffersen, bind 4, 2006).

Beskrivelsen av Kari Martinsens tenkning kommer også fram i den danske artikkelen "Kari Martinsen sanselige sygepleje" publisert i "Sygeplejersken" hvor Martinsen beskrives mer som en filosof enn en teoretiker. Dette fordi hun ikke har utformet en modell sykepleiere kan innrette seg etter, men i stedet satt sykepleie sammen med omsorgsfilosofi. Med dette ønsker Martinsen å få fram at faglig skjønn, sanser og tillit mellom pasient og sykepleier i de konkrete situasjonene er avgjørende. Den samme artikkelen beskriver også at Martinsen vil formidle at sykepleie er omsorg, fordi sykepleie alltid innebærer en relasjon. Sykepleieren må handle i forhold til det inntrykket hun får av pasienten, som er pasientens beste. På denne måten kan en sykepleier vise god omsorg. Martinsen legger vekt på at vi alltid skal ha den faglige kunnskapen med oss, og at sykepleieteorier ikke skal utvikles ved bruk av hypoteser, men at den helles skal utvikles og erfares på det praktiske plan. (Overgaard 1997)

Ut i fra Martinsens teorier, har vi valgt ut de teoriene som vi tenker at passer best til vår problemstilling og drøfting.

### **6.1 Menneskesyn og forståelse**

Kari Martinsen sier selv (Martinsen 1989) at forståelsen av sammenhenger er den fundamentale formen for forståelse, og er en forutsetning for å i det hele tatt forstå hverandre. Martinsen fremstiller at vi i vårt praktiske arbeid

bruker ”ting”, og at hver enkelt ”bruksting” henviser til en større sammenheng. Hun sier at det er i vår praktiske omgang med ”tingene” vi treffer andre mennesker, og at vi bruker disse ”tingene” i måten vi befinner oss på i forhold til hverandre. Det er gjennom bruken av disse «tingene» vi formidler våre holdninger, og videre hvordan vi forholder oss til andre mennesker. Hvordan vi samhandler gjennom bruken av disse ”tingene”, blir ledet av formen for forståelse for andre menneskers situasjon, gjennom den felles sammenhengen vi samhandler i. Martinsen forklarer at i bruken av ”tingene” overfor andre, gir oss en forståelse. Mens måten vi bruker disse ”tingene” videre på er viktigst, og denne i enhet blir teori og praksis. I møte med andre mennesker, forsøker vi å forstå vedkommendes situasjon. Gjennom å bli kjent med han i en praktisk arbeidssituasjon, vil vi bli kjent med han gjennom å *se* vedkommendes situasjon gjennom hans synspunkt, og videre å sørge for å anerkjenne vedkommende som person. Dette gjør at vi kan akseptere vedkommendes ressurser og begrensninger, og at vi ikke griper inn og umyndiggjør personen da omsorg ikke innebærer prestasjoner eller målbaserte handlinger. (Martinsen 1989)

## 6.2 Omsorg

Omsorg, ifølge Kari Martinsen (1989), har med hvordan vi forholder oss til hverandre og hvordan vi viser omtanke for hverandre i det praktiske dagliglivet. Martinsen sier at omsorg er det mest fundamentale ved menneskers eksistens, og forholdet mellom mennesker er det mest vesentlige. En kan aldri forstå seg selv eller realisere seg selv uavhengig av andre. Det å ta hensyn til andre er grunnlaget for medmenneskelig eksistens, og dermed forutsetter omsorg kontakt med andre mennesker.

Ifølge Blix og Breivik (2006) fremhever Martinsen at omsorg i sin natur ikke kan styres av spesifikke resultatmål, men at omsorg er et mål i seg selv. Sykepleiere må bruke sin faglighet på en måte som på best mulig måte ivaretar pasientens interesser. Målet for sykepleien er også å virkeliggjøre omsorg, gjennom konkrete handlinger ut fra den faglige vurderingen av hva som er til det beste for pasienten. Martinsen er spesielt opptatt av de svake

pasientgruppene som kontinuerlig er avhengig av pleie og omsorg, og i situasjoner hvor pasienter er kognitiv svekket. Her det nødvendig at sykepleieren er sanselig og nærværende, og kan utøve god omsorg for sine pasienter gjennom kloke handlinger.

Ifølge Kari Martinsen (Martinsen 1989) kan omsorgsbegrepet oppsummeres i tre fundamentale deler. Omsorg har med fellesskap og solidaritet med andre mennesker å gjøre, og er en *sosial* relasjon. Videre sier Martinsen at vi utvikler felles erfaringer, og at det er gjennom erfaringer vi forstår og vet hvordan vi skal forholde oss. Dermed har omsorg med *forståelse* å gjøre, noe vi tilegner oss gjennom å gjøre ting for og sammen med andre. Ved å anerkjenne vedkommende fra hans situasjon, med gjensidighet som er utviklet gjennom samhandling, altså at vi ikke forventer noe tilbake, og ikke overvurderer eller undervurderer hans evne til selvhjulpenhet, forholder vi oss til vedkommende med en *holdning* som gjør at omsorgen blir ekte. Dersom vi griper inn, for å forandre personen uten å anerkjenne han, eller om vi er likegyldige til vedkommende, gjør vi det ut i fra våre forutsetninger, som gjør at omsorgen ikke blir ekte. Slike handlinger fra oss som helsepersonell, er umoralske handlinger, noe Martinsen kaller *unmlatelsessynd*. (Kristoffersen, bind 4, 2006)

## 7.0 FUNN

Vi har vært rundt på to ulike institusjoner i nærområdet, og intervjuet tre ulike sykepleiere for å få deres meninger og opplevelser tilknyttet kapittel 4 A. I dette kapitlet vil vi presentere de funnene vi har gjort i forhold til dette. Ved å dele resultatene fra undersøkelsen inn i emner ut i fra de spørsmålene vi stilte sykepleierne vil vi prøve å få frem deres ulike synspunkter i forhold til loven og se fordelene og ulempene som kan finnes i tilknytning til denne. Vi påpeker at alle sykepleierne har jobbet ved sin avdeling både før og etter kapittel 4 A trådte i kraft. Institusjonene vil vi her kalle 1 og 2, og sykepleierne kaller vi A, B og C. Sykepleier A tilhører institusjon 1, mens B og C hører til samme institusjon, nummer 2, men derimot forskjellige avdelinger innenfor institusjonen.

### 7.1 Opplevelse av behov for en slik lov, i forkant av at den trådte i kraft.

På spørsmål om behovet for kapittel 4 A i forkant av at den trådte i kraft, svarte sykepleier A ved institusjon 1 at de brukte mye tid på legevisittene når det gjaldt å diskutere hva som var lov og ikke i forhold til tvang. Blant annet det å knuse medisiner, hvilke medisiner som var livsnødvendige og som de kunne prøve å "lure" i pasienten, i form av å ha det i syltetøyet og lure det under pålegget. Hun beskrev tiden før kapittel 4 A trådte i kraft som en "gråson". Med dette mente hun at mye var uklart i forhold til tvang mot pasientene. Sykepleier B ved institusjon 2 mente at før loven trådte i kraft var det flere tilfeller av tvang, fordi ikke så mange var bevisste om hva som var riktig og galt. Hun fortalte at hun hadde savnet en slik lov i forkant av at den trådte i kraft. Ved institusjon 2 sa sykepleier C at hun også så behovet for kapittel 4 A. Hun syntes mye var uklart i forhold til hvilke tvangstiltak som var lov å utføre og ikke lov å utføre. Disse tre sykepleierne delte altså mange av de samme erfaringene og alle var enige om at det har vært behov for loven før den kom.

## **7.2 Tilegning av kunnskap om kapittel 4 A**

Sykepleier A, fortalte her at personalet på avdelingen hadde lest mye om kapittel 4 A, samt at de hadde diskutert loven på gruppenivå. Hun som gruppeleder fikk beskjed om å informere personalet om kapittel 4 A, og fortalte at samtlige på avdelingen har gode kunnskaper om loven. Sykepleier B, derimot, sa at det er mange av personalet på hennes avdeling som ikke vet om at loven eksisterer. Hun fortalte videre at oppstarten av den nye loven hadde vært dårlig på hennes avdeling, og at den eneste informasjonen de hadde fått var gjennom et møte som var ment for legene i kommunen. Hun mente at det burde ha vært et møte for alle som jobbet i avdelingen, slik at de sammen kunne ha diskutert loven, slik at budskapet også nådde fram til hjelpepleiere og assistenter som er de som jobber nærmest pasientene i de fleste situasjoner. Sykepleier C ved institusjon 2 sa at det er sykepleierne som vet mest, og at det er de som må prøve å veilede de andre som jobber der. Hun delte noen av synspunktene til sykepleier B, og fortalte at de hadde fått litt informasjon fra tilsynslegen, men at de føler at opplæringen generelt hadde vært for dårlig.

## **7.3 Vanligste tvangstiltak**

På spørsmål om de vanligste tvangstiltakene ved avdelingen, fortalte sykepleier A at de mest brukte tvangstiltakene er bruk av sengehest, samt knusing av medisiner. Sykepleier B sa at de vanligste tvangstiltakene er bruk av sengehest, tilbakeholdelse i institusjon, samt bruk av tvang i stell-situasjoner. Sykepleier C ved institusjon 2 fortalte at knusing av medisiner, bruk av sengehest, bevegelseshindrede tiltak som å plassere bord fremfor pasienter som er dårlig til beins slik at de ikke skal kunne reise seg når det ikke er personale tilstede. Hun delte også erfaringer om flere tilfeller hvor pleierne fysisk må holde pasienten ved stell-situasjoner.

#### **7.4 Forandringer for sykepleiere**

Ved spørsmål om forandringer for sykepleiere etter at kapittel 4 A trådte i kraft, fortalte sykepleier A at det har vært positive endringer. Dette fordi de har sittet sammen i grupper og reflektert, noe som har ført til en bevisstgjøring. Nå kan de veilede og rettlede hverandre, uten at det behøver å være negativt gir hun uttrykk for. Sykepleier B ved institusjon 2 hadde en annen erfaring her. I og med at de har kommet så sent i gang med å bruke kapittel 4 A, hadde de ikke merket så mye forandring, annet enn at de diskuterer hvordan det tenkes å bli fremover. Sykepleier C fortalte at de heller ikke hadde kommet godt i gang med kapittel 4 A, men sa at det har blitt mer papirarbeid. Hun fortsatte med å si at hverdagen har blitt mere tidkrevende, og at de må bruke mere tid bare på å tenke. Derimot blir jobben utført mer riktig og at hun kan utføre sitt arbeid med pasientene på en mer samvittighetsfull måte. Hun sa videre noe om viktigheten av å kunne signere ”gitt medisin” i medisinkurven. Hun følte hun ikke hadde gjort en god nok jobb om hun ikke fikk pasienten til å ta medisinen på en eller annen måte. I mange tilfeller kunne andre sykepleiere spørre hvorfor hun ikke hadde gitt enkelte pasienter deres medisiner, hvorav hun hadde svart at de ikke ville ta dem. De andre sykepleierne kunne da si at det var absolutt nødvendig at pasienten fikk disse og at en da måtte lure tablettene i pasienten uten hans viten.

#### **7.5 Forandringer for pasienter**

På spørsmål om loven har medført forandringer for pasienter med demens uten samtykkekompetanse, hadde sykepleier A ved institusjon 1 inntrykk av at den har gjort hverdagen bedre. Dette fordi personalet forstår pasientene bedre på bakgrunn av at de ser dem som det enkeltindividet de er, og fordi de får bevare sin egen frihet så langt som det er mulig. Hun kunne ikke se noe negativt med tanke på endringer for pasientene, men så muligheten for at noen kunne komme til å bruke loven til å ”overkjøre” pasientene. Sykepleier A presiserte at ingen på hennes avdeling ønsker å bruke den nye loven som en tvangslov, men en lov for å forebygge bruken av tvang.

Sykepleier B, sa at den lille endringen som har vist seg på hennes avdeling til nå, var at det blir utført mindre tvang. De bruker nå i stadig større grad de pårørende som en ressurs til å få informasjon om pasientene, noe som har gjort at de får et bedre samarbeid med dem. Sykepleier C fortalte at pasientene nå blir møtt med mye mer respekt. Hun mener at før loven trådte i kraft, var dette med samtykkekompetanse noe uklart, og at en da tenkte at pasienten var ”umyndiggjort”, og at dette da gjaldt på alle områder. Nå derimot er forståelsen av samtykkekompetansen bedre, og personalet vet at samtykket ikke gjelder for alle avgjørelser. For eksempel det å selv bestemme pålegget på brødiskiven forklarte hun.

## **7.6 Hva er vanskelig med kapittel 4 A**

På spørsmål om årsaker om kapittel 4 A kan være vanskelig å gjennomføre i praksis, fortalte sykepleier A ved institusjon 1 at det vanskeligste måtte være å sette seg inn i lovverket og å begynne å jobbe med den i praksis. Hun presiserte at det er en plikt for helsepersonell å følge lovverk. Likevel kan det være noen som ikke tar ansvar for det, slik at loven blir vanskelig å bruke på grunn av mangel på kunnskap. Hun er opptatt av samarbeid, og påpeker viktigheten av å spille på lag, og at det krever en del fra personalet for å få dette til å fungere. Sykepleier B ved institusjon 2 fortalte at det har vært for lite opplæring, og at det dermed er vanskelig å bruke loven i praksis. Sykepleier C var av den oppfatning at det kreves en del av sykepleierne, og at de må være villige til å sette seg ned med hver enkelt av pasientene og gjennomføre vedtak og videre papirarbeid. Dersom de ikke er villige til dette, blir det vanskelig å jobbe med denne loven i hverdagen, uttrykte hun. Hennes mening var at en må være åpen for nye løsninger av situasjoner, ved å bruke tillitskapende tiltak og dermed unngå tvang.

## **7.7 Fokus på tillitskapende tiltak**

Vi henviste til punkt 3 i Pasientrettighetsloven kapittel 4 A som sier: Før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, må tillitskapende tiltak ha

vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette. På spørsmål om i hvilken grad dette blir gjennomført ved avdelingen fortalte sykepleier A ved institusjon 1 at de først og fremst har diskutert og reflekter hva de kan gjøre for å unngå tvang. De har hele tiden dialoger og diskuterer seg imellom, hvilke tillitskapende tiltak som fungerer best ut i fra pasienten. Hun uttrykte at det handler om å ha struktur på arbeidshverdagen og å kommunisere med hverandre. Hun var av den oppfatning at det ikke er en unnskyldning å bruke tvang fordi det er lite personale på vakt. Hun vektla at en må være kreativ og hele tiden tenke nytt med tanke på tillitskapende tiltak. Sykepleier B ved institusjon 2 hadde de samme tankene. Hun sa at tvang kan unngås ved å være kreativ, og at det bare er fantasien som setter grenser for hvilke tillitskapende tiltak en kan prøve. Hun sa at det kan være vanskelig i noen situasjoner, men at en alltid må prøve å se andre muligheter enn bruk av tvang. Sykepleier C, sa noe av det samme som de andre sykepleierne, men presiserer at pasientene ved hennes avdeling var så kognitivt svekket at det er en utfordring å ha nytte av tillitskapende tiltak, men at de forsøker så langt det er mulig.



## 8.0 DRØFTING

Vår problemstilling går ut på å få fram sykepleieres opplevelse av hvordan den nye pasientrettighetsloven kapittel 4 A fungerer i praksis. På grunnlag av dette vil vår diskusjon i hovedsak omhandle funnene fra intervjuene med sykepleierne, men også relevant litteratur rundt emnet demens og tvang.

”I hvilken grad opplever sykepleiere ansatt i sykehjem, at Pasientrettighetsloven kapittel 4 A virker inn på pleien av pasienter med demens, uten samtykkekompetanse, og hvordan fungerer loven i praksis?”

### 8.1 Behovet for kapittel 4 A

Martinsen (jfr. kap.6) bruker ordet ”ting” for å beskrive vår samhandling med andre mennesker, og hun sier at måten vi samhandler gjennom bruken av ”tingene”, blir ledet av formen for forståelse for andre menneskers situasjon, gjennom den felles sammenhengen vi samhandler i. Martinsen påpeker at det viktigste er måten vi bruker disse ”tingene” videre på, og at enheten blir teori og praksis. I vårt møte med andre mennesker prøver vi å bli kjent med vedkommende og hans situasjon. I følge Martinsen skal vi anerkjenne vedkommende som person, og akseptere hans ressurser og begrensninger, uten å gripe inn og umyndiggjøre personen. Slik vi ser det, kan samhandling med personer med demens være vanskelig da vedkommende er kognitivt svekket, og hans evne til å kommunisere er svekket. I vår praksis med pasienter med demens, har vårt inntrykk vært at sykepleierne og annet helsepersonell ikke alltid har klart å se enkeltindividet bak sykdommen. Dette støttet sykepleier A opp om, da hun forklarte at de så behovet for å få en bevisstgjøring, og at hver enkelt av personalet trengte å bli mer opptatt av å se hver pasient som enkeltindivider.

Sykepleierne som vi intervjuet, ga uttrykk for at de ved flere anledninger så behovet for fastere rammer, og en lov å forholde seg til i møte med sine pasienter med en demenssykdom. Vi fikk inntrykk av at de mange ganger

hadde vært i situasjoner hvor de følte seg i en ”gråsone” - med andre ord at de egentlig var klar over at de ikke hadde lov til for eksempel å knuse medisiner, og å ”lure” dette i pasienten i form av å blande det i syltetøy, og de beskrev at de ofte følte det som et overgrep at pasientene skulle stelles, dusjes, bades og så videre. Vi forstår ”gråsone” som at sykepleierne visste hva de ikke hadde lov til, men at de allikevel gjorde det – i noe de beskriver som en form for rutine. Sykepleierne gav tydelig uttrykk for at de var stor usikkerhet om hva som ble regnet som tvang, kontra nødvendig helsehjelp.

## **8.2 Bruk av tvang**

Øyvind Kirkevold (2005) har, som nevnt i kapittel fem, dokumentert at det ofte forekommer bruk av tvang i norske sykehjem. Han trekker frem at bruk av sengehest, fiksering i stol eller seng, tilbakeholdelse i institusjon, samt bruk av tvang under stell og ved medisinsk undersøkelse er vanlige tvangstiltak ved sykehjem i landet. Under intervjuene vi gjorde med sykepleierne, kom det frem at mange av disse tvangstiltakene var svært vanlige også ved deres avdelinger. I tillegg fortalte sykepleierne at de hadde elektronisk overvåking i form av døralarmer og sengalarmer på flere pasienter. Kirkevolds resultater viser at tvang er dårlig dokumentert, og at mye er overlatt til tilfeldighetene i forhold til hvem som avgjør om det skal brukes tvang i de ulike situasjonene. To av sykepleierne uttrykte at svært få hjelpepleiere og assistenter i det hele tatt kjente til pasientrettighetsloven kapittel 4 A. Ut i fra dette, samt Kirkevolds teori om at mye er overlatt til tilfeldigheter, kan det tenkes at helsepersonell uten kunnskaper om kapittel 4 A, i mange tilfeller utfører tvang mot pasienter uten samtykkekompetanse. Dette fordi de ikke er klar over at de utfører tvang.

Sykepleierne vi intervjuet uttrykte viktigheten av bevisstgjøring. Før Kapittel 4a trådte i kraft var tvang i noen tilfeller ren rutine. I en travel arbeidshverdag på et sykehjem kan det være fristende å ty til lettvinde løsninger. For eksempel kan ”Fru Hansen” være motvillig til å ta medisinen sin. Hun holder for munnen og nekter. Som en enkel løsning vil kanskje sykepleieren gjemme tablettene i syltetøyet på Fru Hansens brødiskive og

problemet er ”løst”. Sykepleieren kan krysse av for gitt medisin i medisinkurven og ”Fru Hansen” svelger tablettene uten å vite at hun har gjort det. Situasjonen kan virke enkel og problemfri. Likevel, det er kun lov å gi legemidler som er skjult for pasienten, når alternativet ses som et større inngrep for pasienten enn krenkelsen som den skjulte medisineringen gir. (Helsedirektoratet 2008) Dette var noe sykepleier C sa hun opplevde til stadighet. Det som virket mest viktig var at sykepleieren fikk utføre sin jobb, nemlig å sørge for at pasienten fikk de medisinene som var foreskrevet han. Vårt inntrykk er at sykepleieren følte hun fikk gjort jobben sin ved å signere i medisinkurven for gitt medisin. Dersom hun ikke fikk gjort dette ville det sette henne i et dårlig lys overfor noen av de andre sykepleierne ved avdelingen. Her sa derimot sykepleier A noe veldig viktig. Hun kunne fortelle at de hele tiden vurderte graden av motstand hos pasienten. Her vil vi trekke fram Kari Martinsens omsorgsteori. Ved å anerkjenne vedkommende fra hans situasjon, med gjensidighet, altså at vi ikke forventer noe tilbake, og forholde oss til vedkommende med en *holdning* som gjør at omsorgen blir ekte. (Martinsen 1989) Sykepleier A fortalte at hun forsøkte å gi ”Fru Hansen” sin morgenmedisin. Dersom hun ikke ville ta den kunne hun forsøke litt senere på dagen. Om det skulle vise seg at ”Fru Hansen” fortsatt ikke ville ta til seg tablettene kunne sykepleier A vurdere om dette var livsnødvendige medisiner eller om ”Fru Hansen” kunne unnvære dem denne dagen. Sykepleier A fokuserte altså på pasienten og om tiltaket stod til behovet for helsehjelp.

Hun sa også noe om at en uheldig konsekvens av loven, var at noen kunne komme til å bruke den som en endelig paragraf til å ”overkjøre” pasientene. Altså at loven skulle virke mot sin hensikt som er å forebygge og redusere bruken av tvang. I artikkelen som vi nevnte i kapittel 5, ”Ny lov gir ”alle” tvangsfullmakt” (Storvik 2008) ga Thune uttrykk for bekymring av at stortinget fattet en lov som lett gir adgang til å bruke tvang mot svake grupper som eldre med demens. Kirkevold sier i den samme artikkelen at en må være på vakt med hensyn til om loven blir brukt til sitt formål. ”Det kan være at noen vil bruke loven til å legalisere en unødig og uforsvarlig bruk av tvang”. (Storvik 2008)

Sykepleier A nevnte viktigheten av å planlegge arbeidsdagen. De hadde

alltid en ”stuevakt” som skulle observere og hindre at blant annet pasienter som var dårlig til beins skulle reise seg plutselig og falle i gulvet og dermed kanskje skade seg på noen måte. Våre erfaringer fra praksis er at en i noen tilfeller skylder på mangelfullt personale og at en derfor ikke har tid til å ”vokte” over slike pasienter. Sykepleier C sa at på hennes avdeling pleide de ofte å sette et bord foran pasienter som ofte reiste seg og hadde ustødig gange. De hindret altså pasienten i å bevege seg fritt og tvang ham til å sitte der helt til noen kom og flyttet bordet. Hun kunne fortelle at det å sette et glass saft på bordet fremfor pasienten gjorde situasjonen ”ok”. Hun var altså selv meget klar over at de benyttet seg av tvang, men at saftglasset gjorde det til noe som var greit. I følge Kari Martinsens omsorgsteori kalles dette unnlåtelsessynd. Med dette mener hun at helsepersonellet er likegyldig til pasientens behov, og handlingen er dermed umoralsk. (Kristoffersen, bind 4, 2006)

Rokstad og Smebye refererer til Odelstingproposisjonen som sier følgende: *”Departementet understrekar at føresegner som opnar for bruk av tvang, aldri må brukast for å løyse ressurs- og personellbehov i helsetenesta”*. (Rokstad og Smebye 2008:219) Sykepleier A støttet opp om dette i form av at de hadde stuevakten som skulle observere slik at de ikke behøvde å bruke bevegelseshindrede tiltak, som for eksempel å plassere et bord foran pasient fordi de ikke hadde kapasitet til å være i nærheten av pasientene hele tiden.

### **8.3 Når kapittel 4a ut til mottakerne den er ment for**

Ut i fra våre funn gjennom å intervjuer sykepleierne, fikk vi inntrykk av at det var ulike nivå på kunnskapen om kapittel 4 A. Slik vi ser det er det aller viktigste, at kapittel 4 A når ut til pasientene. For at dette skal fungere må helsepersonell tilegne seg kunnskaper om loven, og bruke den i praksis. Vi opplevde at sykepleier A ved institusjon 1 satt med et godt kunnskapsgrunnlag som hun hadde videreført til sine arbeidskollegaer. Vi fikk inntrykk av at kapittel 4 A virkelig var kommet på plass i rutinene ved denne institusjonen, og at de selv hadde tatt ansvar for å tilegne seg

kunnskapen tilknyttet kapittel 4 A. Helsepersonelloven sier at:

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig". (Helsepersonelloven)

Vi opplevde at ikke alle tre sykepleierne vi intervjuet var like oppdatert på den plikten de har på å tilegne seg kunnskaper når nye lovverk trer i kraft. Forskjellen på kunnskapsnivået, angående kapittel 4 A hos de forskjellige sykepleierne, gjør at vårt inntrykk av om loven når fram til dem den er ment for blir noe utydelig. Slik vi ser det er det veldig viktig at kapittel 4 A raskt blir imøtekommet av helsepersonellet, slik at den tidlig blir tatt i bruk og skaper en positiv endring av pasientens hverdag.

Vårt inntrykk av sykepleier A ved institusjon 1 var veldig positivt. Hun hadde gode kunnskaper og erfaringer hun delte med oss, og var tydelig på at helsepersonellet ved hennes avdeling hadde satt seg inn i kapittel 4 A, og at det hadde gitt dem en bevisstgjøring slik at de alle hadde endret tenkemåte. Sykepleier A gav uttrykk for at det var flere ting som før hadde vært ren rutine ved institusjonen. Som eksempel fortalte hun "automatisk" bruk av sengehest til urolige pasienter, og knusing av medisin som de blandet med syltetøyet på brødskeen til pasienter som nektet å ta medisinen sin.

*"Det er ikke noe grunn til at gamle Fru Hansen ikke skal få lov til å gå seg en tur i rommet eller i avdelingen om natten, dersom hun føler for det. Og kanskje Hr. Olsen ikke ønsket å ta medisinen den ene dagen, men kanskje han gjør det i morgen? Det er ikke vi som skal bestemme over dem, da frarøver vi dem deres frihet, og vår oppgave som helsepersonell er ikke å "overkjøre dem", men å se deres behov".*  
(Sykepleier A)

Her ser vi sammenheng med Kari Martinsens teori om menneskesyn og forståelse i kapittel 6.1., hvor hun sier noe om hvordan vi forholder oss til andre mennesker gjennom bruk av "ting". Martinsen påpeker at det er gjennom bruken av disse "tingene" vi formidler våre holdninger, og hun forklarer at bruken av disse "tingene" overfor andre mennesker, gir oss en forståelse av deres situasjon. Med det lærer vi å se vedkommende som

person, og videre at vi aksepterer vedkommendes ressurser og begrensninger, og at vi ikke griper inn og umyndiggjør personen. Slik vi ser det fokuserer sykepleier A på pasientens ønsker og behov, nettopp at han selv skal få ta slike avgjørelser, da det er hans frihet. Ved å frarøve han denne friheten, viser det at vi som sykepleiere ikke *ser* vedkommende som person, og ikke har forståelse for hans situasjon og behov.

Videre vil vi trekke inn det som vi har skrevet i forordet. ”For i sandhet at kunne hjelpe en annen, må jeg forstå mer end ham – men dog først og fremmest forstå det han forstår”. (Solheim 2009:69) Årsaken til at vi har valgt å ta med dette som forord, er at vi kan knytte det opp mot Kari Martinsens teorier om menneskesyn og forståelse, som vi nevnte ovenfor. Og av den grunn at det sier oss mye om hvordan vi i helhet skal kunne gi en person med demens en god pleie. Slik vi ser det, er det helt sentralt at helsepersonellet har solide kunnskaper med det å jobbe med eldre med en demenssykdom. Videre ser vi på det som grunnleggende at personalet har gode kunnskaper om pasientene og deres tidligere interesser og behov. Gode kunnskaper om lovverket og dets omfang, tenker vi er avgjørende for om pasientens hverdag blir ivaretatt på en god og verdifull måte. ”- men dog først og fremmest forstå det han forstår”. For at kapittel 4 A skal nå ut til mottakerne den er ment for, er det helt sentralt at helsepersonellet er i stand til å tenke og reflektere over alle sine ord og handlinger. Som nevnt ovenfor er våre meninger at sykepleier A hadde gode og solide kunnskaper om kapittel 4 A, og at loven hadde kommet inn i rutineene ved avdelingen hun jobber. Hun gav oss mange eksempler på hvordan pasientens hverdag er bedre nå enn før, og vårt inntrykk er at loven virkelig når positivt frem til de den er ment for, som er både helsepersonellet og pasientene.

Som vi også har nevnt er vårt inntrykk av sykepleier B og C ved institusjon 2 annerledes. De gav begge tydelig uttrykk for at de fortsatt bare var i en oppstartsfase med kapittel 4 A, og at loven ikke hadde kommet godt nok inn i deres rutiner. Begge gav uttrykk for at det var for lite informasjon om kapittel 4a, og at de ønsket at noen kunne komme til avdelingen å informere om den nye loven. Begge sykepleierne fortalte at de heller ikke hadde startet opp med å sende inn vedtak. Vi fikk eksempler fra sykepleier C om de blant

annet fortsatt hadde pasienter hvor de måtte være opptil tre helsepersonell i stellsituasjoner, men at de hadde fått kortet ned på rutinene med å gjennomføre stellet ca en gang for dag. Sykepleieren uttrykte at om de hadde kommet så langt i prosessen at de hadde sendt inn vedtak på dette eksemplet, ville de ikke fått det godkjent, noe hun var klar over selv.

Vårt inntrykk av sykepleier B og C ved institusjon 2, er at de ikke har tatt tak i det nye lovverket, noe som de skal gjøre i følge helsepersonelloven kapittel 2 § 4. Vårt inntrykk av sykepleier B og C ved institusjon 2, er at om de hadde kommet lengre i prosessen med å ta i bruk kapittel 4 A, og å fatte vedtak på hvert enkelt tvangstiltak, ville lovens positive egenskaper ha nådd fram til både helsepersonell og ikke minst pasienter. Ifølge Helse- og omsorgsmelding 2009, forstår vi at Helsetilsynet i Nordland vil komme til å følge opp institusjonene de ikke har fått vedtak fra ved å planlegge uanmeldte tilsyn. Ut i fra intervjuene og helse- og omsorgsmeldingen tenker vi at det kan avdekkes mange tilfeller av tvangstiltak det ikke er fattet vedtak på. Slik vi ser det er dette uheldig med tanke på at loven trådte i kraft 1 Januar 2009 – altså for vel et år siden. Dette tyder på at helsepersonellet ved disse institusjonene burde hatt mer kunnskaper om kapittel 4 A, og vi tenker at de burde innført lovverket med en gang det trådte i kraft.

#### **8.4 Sykepleierens erfaringer i praksis**

Ut i fra de funnene vi gjorde gjennom intervjuene ser vi at sykepleiernes erfaringer er ulike. Vi oppfatter at sykepleier A ved institusjon 1 har tilegnet seg mere kunnskaper enn ved de andre institusjonene. Vi ser at hennes erfaringer tilknyttet forandringer for sykepleierne går på at det har vært en stor bevisstgjøring, som har gjort at personalet nå fokuserer på pasientene som enkeltindivider og at de er mer kreativ på å finne løsninger for å forebygge bruken av tvang nå. Den samme sykepleieren uttrykte også at kapittel 4 A kun hadde gitt positive forandringer tilknyttet pasientene. Hennes erfaringer var at personalet har fått større forståelse for pasientene, fordi de nå ser dem som enkeltindividene de er, som gjør at de får ivaretatt sin frihet på en bedre måte nå enn før. Vi oppfatter også at sykepleier A er

opptatt av samarbeidets betydning og at det krever mye fra hele helsepersonellens side for at kapittel 4 A skal fungere godt i praksis. Her vil vi igjen trekke fram Kari Martinsen fremstilling av at vi i vårt praktiske arbeid bruker "ting". Hver enkelt "bruksting" henviser til en større sammenheng, og vi bruker disse "tingene" i måten vi befinner oss på i forhold til hverandre. Det er gjennom bruken av disse «tingene» vi formidler våre holdninger, og videre hvordan vi forholder oss til andre mennesker. Hvordan vi samhandler gjennom bruken av disse "tingene", blir ledet av formen for forståelse for andre menneskers situasjon, gjennom den felles sammenhengen vi samhandler i. Martinsen sier at gjennom å bli kjent med han i en praktisk arbeidssituasjon, vil vi bli kjent med han gjennom å se vedkommendes situasjon gjennom hans synspunkt, og videre å sørge for å anerkjenne vedkommende som person. (Martinsen 1989) I hovedsak er vårt inntrykk at sykepleier A kun har gode erfaringer med kapittel 4 A, og at loven har ført til en nødvendig bevisstgjøring og ny tankegang for personalet. Hun presisterte at hele laget av helsepersonellet ved avdelingen hadde gode kunnskaper om kapittel 4 A, og at de gikk inn for å bruke den som en måte å forebygge tvang blant pasientene, og ikke for å "overkjøre" dem. Denne tenkningen kan vi igjen knytte til Kari Martinsen (Martinsen 1989) teori, om at vi må akseptere vedkommendes ressurser og begrensninger, og at vi ikke griper inn og umyndiggjør personen. Sykepleier A sin erfaring var at kapittel 4 A har medført en bedre relasjon mellom sykepleier og pasient, og med det skapt en bedre og mer verdifull hverdag for hver enkelt pasient.

Vårt inntrykk av sykepleier B og C ved institusjon 2, var noe forskjellig i forhold til sykepleier A ved institusjon 1. De gav i utgangspunkt begge uttrykk for at kapittel 4 A ikke hadde kommet godt inn i rutineene deres, og begrunnet dette med at de ikke hadde fått god nok informasjon og opplæring om loven. Som i kapittel 8.3 vil vi igjen henvise til helsepersonelloven kapittel 2 § 4 som understreker at "helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig". Begge sykepleierne ved institusjon 2 etterlyste personer som kunne komme til avdelingene og undervise dem i den nye



loven, og vårt inntrykk var at de ikke hadde tatt ansvar for å tilegne seg informasjon og selv ta ansvar for å iverksette lovtiltakene. På bakgrunn av dette hadde begge sykepleierne lite erfaringer innenfor kapittel 4 A, men ga uttrykk for tanker for eventuelle konsekvenser som ville komme når de kom i gang med å bruke loven. Vårt inntrykk var at sykepleier C hadde noe mer innsikt i kapittel 4 A, da hun beskrev at det har blitt mere tidkrevende papirarbeid og tenkning. Hennes erfaringer så langt, i prosessen med å ta i bruk kapittel 4 A, var at hun følte at jobben hun gjør blir utført på riktig og mer samvittighetsfull måte. Sykepleiernes erfaringer med tanke på forandringer for pasientene var like med tanke på hvor langt de hadde kommet i prosessen med kapittel 4 A. Vi fikk inntrykk av at sykepleier B sine erfaringer gikk på at det nå ble utført mindre tvang. I tillegg fokuserte de nå mer på å bruke de pårørende som ressurser i å bli bedre kjent med pasientene, for videre å skape et bedre samarbeid med hver enkelt av dem. Sykepleier C hadde tidligere erfart at samtykkekompetanse var noe missforstått før loven trådte i kraft, og at mange av personalet tenkte på dette som at pasienten var umyndiggjort på alle områder. På dette området var det nå blitt den forbedring, og hun uttrykte at personalet nå hadde fått større kunnskap rundt dette.

## 9.0 OPPSUMMERING

I denne oppgaven har vi forsøkt å finne svar på i hvilken grad sykepleiere i sykehjem, opplever at Pasientrettighetsloven kapittel 4 A virker inn på pleien av pasienter med demens, uten samtykkekompetanse, og videre hvordan loven fungerer i praksis.

I prosessen med denne oppgaven har vi forsøkt å få innblikk i sykepleiernes erfaringer rundt kapittel 4 A, samt lovens funksjon i praksis. Vi har ved Kirkevolds undersøkelser, gått dypere inn i bruken av tvang som er gjort mot eldre med demens i institusjoner. Vi har også forsøkt å finne fram til nødvendigheten av kapittel 4 A, og knyttet dette opp mot sykepleiernes egne erfaringer av behovet og funksjonen tilknyttet loven. I undersøkelsene vi gjorde kom det frem at behovet for en slik lov var stort. Vårt inntrykk av sykepleierne vi intervjuet, var at de tidligere var mindre bevisste på når de utførte tvang, og at de ofte kunne ha på døralarmer, knuse medisiner og dra opp sengehester som de tenkte var til pasientens beste. Slik vi ser det er dette lettvinde løsninger som ikke var reflektert over. Sykepleierne uttalte at slike handlinger gikk på rutine, men at det hendte de følte seg i en ”gråsoner”.

Sykepleiernes erfaringer etter at Pasientrettighetsloven kapittel 4 A trådte i kraft, var veldig varierende. Slik vi ser det, er det mangel på kunnskap om loven som gjør at nivået er så forskjellig. Den første sykepleieren vi intervjuet, sykepleier A, hadde gode kunnskaper om kapittel 4 A, og slik vi ser det kommer dette av at de hadde fått loven innført i sine rutiner ved institusjonen. Dette ser vi som grunnlaget for at kapittel 4 A når ut til sitt formål, herunder pasienter med demens uten samtykkekompetanse. Som nevnt i drøftingsdelen, ble det gitt uttrykk for at loven kunne virke mot sin hensikt, altså som en tvangslov for å ”overkjøre” pasientene. Slik vi ser det var alle de tre sykepleierne vi intervjuet, enige om at deres formål med kapittel 4 A var å forebygge tvang. Sykepleier A uttrykte flere ganger i intervjuet at kapittel 4 A hadde medført en stor og nødvendig bevisstgjøring for helsepersonellet. Hun hadde bare positive erfaringer tilknyttet loven, og

slik vi ser det kommer dette av det gode kunnskapsnivået ved institusjonen. Våre tanker om sykepleier B og C ved institusjon 2, er at om de hadde kommet lengre i prosessen med å bruke kapittel 4 A, ville de positive endringene vært flere. Som nevnt ser vi at det finnes det en risiko for at loven kan bli brukt som en tvangslov, tross for sykepleiernes positive innstilling. For å unngå dette må vi ifølge Kirkevold (Storvik 2008) være oppvakte og ikke slå oss til ro med at alt blir som lovens forutsetninger tilsier.

Vi tenker at det viktigste funnet er at gode kunnskaper gir gode resultater. Med dette mener vi at helsepersonell må ta ansvar for å sette seg inn i lovverket, og må samtidig ha kunnskaper om pasientens situasjon og demenssykdom. Med dette som grunnlag, samt en fokusering på å bruke loven for å forebygge tvang, ser vi at kapittel 4 A kan fungere på riktig måte i praksis.

## LITTERATURLISTE

Blix Støre, E., Breivik, S. (2006) *Basisbok i sykepleie, om menneskets grunnleggende behov*. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke

Dalland, O (2006) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Eide, H., Eide, T. (2005) *Kommunikasjon i relasjoner* Gyldendal Norsk Forlag AS

Kirkevold, Ø. (2005) *Bruk av tvang i sykehjem*. 1346-8 I: Tidsskrift for den norske lægeforening, nr. 10

Helsepersonelloven – [www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no)

## VEDLEGG 1

### Selvvalgt litteratur

Barrick, A-L. m.f. (2008) *Bathing Without a Battle*. Springer Publishing Company, LLC. s.3 – 175

Kristoffersen Jahren, N. m.fl. (1998) *Generell sykepleie 1*. Universitetsforlaget AS s.444 - 456

Kristoffersen Jahren, N. m.fl. (2006) *Grunnleggende sykepleie 4*. Gyldendal akademiske. s.91 - 95

Martinsen, K. (1989) *Omsorg, sykepleie, medisin*. Engers Boktrykkeri A/S, Otta. s 14-79

Rokstad M., A.M., Smebye L,K. (2008) *personer med demens, Møte og samhandling* Akribe AS s. 13 - 354

Solheim, K. (2009) *Demensguide – holdninger og handlinger i demensomsorgen* Universitetsforlaget Oslo s.9 - 400

Helsedirektoratet. (2008) *Lov om pasientrettigheter kapittel 4 A*.

Helsedirektoratet avdeling for bioteknologi og generelle helselover. s.1 – 62

Helse- og omsorgsmelding (2009) Helsetilsynet i Nordland  
[www.fylkesmannen.no](http://www.fylkesmannen.no)

Kirkevold, Ø., Lillesveen, B., Engedal, K., Nygård, A-M (2004) *Tvang helst ikke...* Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. s. 3 - 41

Kirkevold, Ø., Engedal, K. (2010) *What is the matter with crushing pills and opening capsules?* s.81 - 85 International Journal of Nursing Practice, nr 16

- Kirkevold, Ø., Engedal, K. (2009) *Is Covert Medication in Norwegian Nursing Homes Still a problem?* s.333 – 343 *Drugs & Aging*, 2009:26,4
- Overgaard E., A. (1997) *Kari Martinsen sanselig sygepleje* nr 7, s.1 – 5  
I: Sygeplejersken
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007) *Glemsk, men ikke glemt!* Oslo  
forlagstrykkeri AS. s. 3 - 122
- Storvik, A.G. (2008) *Ny lov gir "alle" tvangsfullmakt* I: *Dagens Medisin* nr.  
28. [www.dagensmedisin.no](http://www.dagensmedisin.no)
- Szatkowski S. K. (2008) *Demens, kommunikasjon og samarbeid*. Gyldendal  
Akademisk. s. 7 - 101

## VEDLEGG 2

### Intervjuguide

#### Spørsmål 1

Pasientrettighetsloven kapittel 4 A trådte i kraft 1 Januar 2009. I hvilken grad opplevde du som sykepleier behovet for en slik lov i forkant av at den trådte i kraft?

#### Spørsmål 2

Hvordan har ansatte ved denne institusjonen fått kunnskap om kapittel 4 A?

#### Spørsmål 3

Hva er de vanligste tvangstiltakene ved denne avdelingen?

#### Spørsmål 4

Hvilke forandringer opplever du Pasientrettighetsloven kapittel 4 A har medført sykepleiere?

#### Spørsmål 5

På hvilken måte mener du kapittel 4 A har forbedret, ikke endret hverdagen til pasienter med demens uten samtykkekompetanse?

#### Spørsmål 6

Dersom du mener kapittel 4 A er vanskelig å gjennomføre i praksis, hva mener du kan være årsakene til dette?

#### Spørsmål 7

Punkt 3 i Pasientrettighetsloven kapittel 4 A sier følgende: "Før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, må tillitskapende tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette".

I hvilken grad blir tillitskapende tiltak forsøkt her?

Jnr.:

Dato: 1/3-10

Til \_\_\_\_\_

Student: \_\_\_\_\_

Faglærer: \_\_\_\_\_

Høgskole: Høgskolen i Bodø

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnr. / poststed: \_\_\_\_\_

### SVAR PÅ SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA.

Søknad av dato 1/3-10 er behandlet dato 1/3-10 av saksbehandler / organ: \_\_\_\_\_

Vedtaket: int. til søknad om tillatelse innhenting  
av data. Hø. med studentarbeid  
søknad innvilget

Evt. merknader knyttet til vedtaket: \_\_\_\_\_

Vi stiller søknaden

Underskrift [Signature]

Underskrift [Signature]



Jnr.:

Dato: \_\_\_\_\_

Til \_\_\_\_\_

Student: \_\_\_\_\_

Faglærer: \_\_\_\_\_

Høgskole: (HØGSKOLEN I BODØ)

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnr. / poststed: \_\_\_\_\_

### SVAR PÅ SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA.

Søknad av dato \_\_\_\_\_ er behandlet dato 26/2-10 av saksbehandler / organ: \_\_\_\_\_

Vedtaket: ~~Dere er tillatt til å samle inn~~

~~data for å gjennomføre neste oppgave.~~

~~Det vis dere bare bed å innleie sykkel~~

Evt. merknader knyttet til vedtaket: \_\_\_\_\_

~~Det har ta kontakt med ansvarlig sykkel og iotale tidspunkt.~~

~~Konstbuert bare for hult huspussing~~

Underskrift \_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_