

# Tvang og selvbestemmelse i helsehjelp til demente sykehjemspasienter

*En narrativ analyse av hjelpepleieres strategier i  
arbeidshverdagen*

Ida Øverjordet Aas



Masteroppgave ved Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi

UNIVERSITETET I OSLO

Mai 2015



IDA ØVERJORDET AAS

**TVANG OG SELVBESTEMMELSE I HELSEHJELP TIL  
DEMENTE SYKEHJEMSPASIENTER**

*En narrativ analyse av hjelpepleieres strategier  
i arbeidshverdagen*

UNIVERSITETET I OSLO

© Ida Øverjordet Aas

2015

Tvang og selvbestemmelse i helsehjelp til demente sykehjemspasienter

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo



# Sammendrag

Denne oppgaven handler om hvordan hjelpepleiere håndterer utfordrende situasjoner i omsorgen for demente pasienter. Jeg vektlegger den hverdagslige samhandlingen mellom pasient og pleier, og hvordan pleierne opplever og håndterer situasjoner der pasienter motsetter seg omsorg og pleie. I 2009 ble lovverket om bruk av tvang regulert: Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A åpner for at helsehjelp kan gis til pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg nødvendig helsehjelp, når det er fattet lovlig vedtak.

Bruk av tvang i omsorgsarbeid er utfordrende, og et mål med denne oppgaven er å undersøke hva erfarne hjelpepleiere opplever som spesielt krevende. Pleiernes fortellinger om strategier for å unngå tvangsbruk tillegges stor vekt. Lovverket som omhandler tvang fungerer som et bakteppe i analysen av pleiernes fortellinger. Tilsynsrapporter viser til mangelfull lovanvendelse blant sykehjemsansatte, og jeg ønsker å undersøke hvilke utfordringer hjelpepleiere har med de nye lovbestemmelsene. I tillegg ønsker jeg å undersøke hva hjelpepleierne forstår med "tvang" i omsorgen for demente pasienter. Datamaterialet består av kvalitative samtaleintervjuer med 12 voksne hjelpepleiere.

Materialet knytter tvang til flere aspekter ved arbeidet på sykehjem. Pleierne innledet gjerne fortellingene sine med å snakke om tvang, men stort sett hadde de en selvoppfatning om at de ikke bruker tvang i arbeidet sitt. Fortellingene deres viser derimot til utstrakt bruk av tvang ovenfor demente pasienter. Det er tydelig at den fysiske tvangen er uønsket, men likevel tas i bruk. Materialet vitner om bruk av fysisk tvang uten at det blir vurdert om forutsetningene for å bruke tvang er til stede, og uten at vedtak blir fattet. I tillegg til liten bruk av kunnskapsbaserte strategier, viser materialet at pleierne har utilstrekkelige kunnskaper om Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.

Ifølge Abbott (1988) er en profesjons oppgave å tilby eksperttjenester for å behandle eller løse menneskelige problemer. I de fleste profesjoner vil det praktiske arbeidet være knyttet til et formelt kunnskapssystem. Strategiene som pleierne forteller om,

VI

viser til mangelfulle kunnskaper om hvordan motstand og krevende pasientatferd bør forstås. Fortellingene deres vitner om liten bruk av strategier som baserer seg på kunnskap om demens og krevende atferdstyper. Pleiernes jurisdiksjon samsvarer ikke med deres faktiske arbeidsoppgaver, og dermed blir deres formelle kunnskaper utilstrekkelige når de skal løse problemer i sitt arbeid. Pleierne opplever derfor ofte å stå uten andre alternativer enn å tåle motstand og avvisning fra pasientene. Å håndtere demente pasienter på sykehjem er et krevende omsorgsfelt, og pleierne står ofte uten kunnskapsbaserte strategier til å håndtere faglige og etiske dilemmaer. Jeg vil derfor påstå at pleierne på dette området er "sviktet" av faget sitt.

En vanlig holdning til utfordringene i eldreomsorgen er at økt bemanning vil bidra til bedre vilkår for pasienter og pleiere ved at pleierne får mer tid til hver pasient. Økt bemanning vil utvilsomt kunne bidra til at pleierne får mer tid til å gjøre det de oppfatter som meningsfullt i sitt arbeid. Men for å oppfylle lovens krav om faglige og etiske vurderinger av tvangstiltak, vil ikke økt bemanning nødvendigvis ha noen effekt. Det er ikke gitt at flere hender bidrar til økt kunnskap eller bedre mestring av utfordrende situasjoner. I oppgaven gir jeg detaljerte beskrivelser av hverdagsfenomener på norske sykehjem - vanlige situasjoner som innebærer store faglige og etiske utfordringer. For å øke bevisstheten rundt tvang og andre etiske utfordringer må ikke bare pleiernes praksis diskuteres. Det må utvikles kunnskap om krevende pleieoppgaver, og et mål bør være å finne løsninger som bidrar å styrke kvaliteten på omsorgen.

# Forord

Arbeidet med denne oppgaven har vært en lang og til tider krevende prosess. I de tøffeste periodene har god hjelp og støtte gjort at jeg har funnet nye krefter.

Først og fremst vil jeg takke deltakerne i studien. Jeg vil takke for at de tok seg tid til å stille opp til intervju, og for at de viste meg stor tillit i intervjuene. Uten dere ville ikke denne oppgaven blitt til.

Jeg vil takke min hovedveileder Lise Kjølørød for førsteklases veiledning gjennom hele prosessen. Jeg er svært takknemlig for at du har villet dele din kompetanse med meg, og for at du har vært engasjert i og tatt deg tid til oppgaven min. Takk for fine samtaler og for dine grundige kommentarer. Jeg vil også takke deg for at du har utvist tålmodighet og forståelse når jeg har hatt det vanskelig. Samtalene med deg har gitt meg svært mye. Jeg vil også takke min biveileder Elisabeth Gjerberg for viktige tilbakemeldinger i sluttfasen av prosjektet.

Mamma og pappa! Jeg vet ikke hva jeg skulle gjort uten dere. Takk for at dere har latt meg prate ustoppelig om sykehjem og tvang de siste månedene. Deres innspill og interesse for oppgaven har betydd svært mye for meg. Ingen støtter meg som dere gjør. Takk til Simen og Bjørn for at dere alltid heier på meg!

Siri. Takk for at du alltid er parat, enten jeg trenger faglige innspill eller å klage til noen som forstår hvordan jeg har det. Du stiller alltid opp og du får meg alltid i godt humør.

Jeg vil også takke familie, venner og kolleger som har engasjert seg og støttet meg i arbeidet med oppgaven.





# Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	VI
Forord .....	VIII
<b>1 INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1 Bruk av tvang ovenfor demente pasienter.....	1
1.2 Hjelpepleierens rolle og funksjon .....	3
1.3 Mitt bidrag.....	7
1.4 Gangen i oppgaven .....	9
<b>2 BRUK AV TVANG I SYKEHJEM .....</b>	<b>10</b>
2.1 Pasient- og brukerrettighetsloven.....	11
2.1.1 Skrivebordsjus eller sosial endring gjennom lovgivning? .....	15
2.2 Bruk av tvang ovenfor demente på sykehjem .....	17
2.3 Oppsummering .....	24
<b>3 METODOLOGISKE BETRAKTNINGER .....</b>	<b>26</b>
3.1 Utvalg og rekruttering .....	26
3.2 Intervjuene.....	28
3.3 Relasjonen mellom informanten og meg.....	32
3.4 Analysen av intervjuene.....	33
3.5 Min rolle og relasjon til temaet .....	35
3.6 Etske refleksjoner.....	37
<b>4 DUSJ, VASK OG STELL AV PASIENTER .....</b>	<b>39</b>
4.1 Materialet .....	40
4.1.1 "Det er kaldt å dusje" .....	41
4.1.2 Når man "må" .....	48
4.1.3 "Vi tvinger ingen til å dusje, men..." .....	49
4.2 Hva ser vi? .....	52
4.3 Diskusjon .....	53
4.3.1 Makt til å hjelpe.....	53
4.3.2 Tillitsskapende tiltak .....	54
4.3.3 Når tvang oppleves som uunngåelig.....	58
4.4 Oppsummering .....	60

<b>5 ERNÆRING OG MEDISINERING.....</b>	<b>62</b>
5.1 Materialet .....	62
5.1.1 Ernæring og medisinerings på sykehjem.....	64
5.1.2 Medisinerings.....	67
5.2 Hva ser vi? .....	70
5.3 Diskusjon .....	70
<b>6 VANDRING OG ANNEN UØNSKET ATFERD.....</b>	<b>78</b>
6.1 Psykologiske og atferdsmessige symptomer på demens .....	78
6.2 Materialet .....	79
6.3 Diskusjon .....	84
6.3.1 En-til-en-tid.....	89
6.3.2 Å tåle: hovedstrategi eller selvoppfattelse? .....	90
6.4 Oppsummering .....	91
<b>7 AVSLUTNING .....</b>	<b>93</b>
7.1 Hva forteller pleierne om tvang?.....	93
7.2 Verdien av gode relasjoner .....	95
7.3 Dokumentasjon .....	95
7.4 Har fagligheten sviktet hjelpepleierne? .....	96
<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>102</b>
<b>VEDLEGG .....</b>	<b>106</b>
Vedlegg 1: Intervjuguide .....	106



# 1 Innledning

Denne oppgaven handler om hvordan hjelpepleiere håndterer utfordrende situasjoner i omsorgen for demente pasienter. Jeg vektlegger den hverdagslige samhandlingen mellom beboer og pleier, og hvordan pleierne opplever og håndterer situasjoner der beboere motsetter seg omsorg og pleie. I 2009 ble lovverket om bruk av tvang regulert: Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A åpner for at helsehjelp kan gis til pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg nødvendig helsehjelp, når det er fattet lovlig vedtak. Bruk av tvang i omsorgsarbeid er utfordrende, og et mål med denne oppgaven er å undersøke hva erfarne hjelpepleiere opplever som spesielt krevende. Hensikten er å beskrive typiske situasjoner hvor pasienter motsetter seg hjelp til pleie og omsorg, og hvordan pleierne håndterer disse situasjonene. Pleiernes fortellinger om strategier for å unngå tvangsbruk tillegges stor vekt. Lovverket som omhandler tvang fungerer som et bakteppe i analysen av pleiernes fortellinger. Et viktig spørsmål er om pleiernes vurderinger samsvarer med lovens forutsetninger for bruk av tvungen helsehjelp. Tilsynsrapporter viser til mangelfull lovanvendelse blant sykehjemsansatte, og jeg ønsker med denne studien å undersøke hvilke utfordringer hjelpepleiere har med de nye lovbestemmelsene. I tillegg ønsker jeg å undersøke hva hjelpepleierne forstår med "tvang" i omsorgen for demente pasienter. Oppgaven kan sies å ha to dimensjoner: Den dreier seg om pasientsikkerhet og hvordan pleiernes forståelse av tvang kan påvirke hvordan de håndterer pasienters motstand. Omsorg for demente pasienter på sykehjem er et krevende omsorgsfelt, og pleierne står ovenfor store faglige og etiske dilemmaer i sin arbeidshverdag. Derfor vil også hjelpepleiernes jurisdiksjon og fagligheten som legges til grunn for strategiene deres legges vekt på i analysen.

## 1.1 Bruk av tvang ovenfor demente pasienter

Det er ofte hjelpepleiere som utøver den daglige omsorgen og som tilbringer mest tid med pasientene. Derfor mener jeg det er interessant å undersøke hvordan de opplever situasjoner der pasienter motsetter seg helsefremmende tiltak og hvordan de håndterer disse situasjonene. Kvantitative studier tyder på at tvangstiltak er utbredt i behandling og omsorg for eldre (Kirkevold 2005). Helsetilsynets rapport fra landsomfattende tilsyn

om tvungen helsehjelp på sykehjem antyder også utstrakt bruk av tvang i strid med regelverket (Helsetilsynet 2013).

Demens er en psykiatrisk diagnose der intellektuelle funksjoner som abstrakt og fleksibel tankegang blir redusert. I dag regner man at 12 prosent av eldre over 80 år i Norge bor på sykehjem (Kirkevold m.fl. 2007). Det er anslått at det i år 2050 vil være 150 000 personer med demens i Norge. Sykdommen er i dag den vanligste årsaken til at eldre innlegges på sykehjem. Norge og andre land i industrialiserte deler av verden er i en utvikling der en stadig større andel av befolkningen oppnår høy levealder. Mange lever lenge nok til å få en demenssykdom (Rokstad og Smebye 2008). Ifølge Statistisk sentralbyrå vil 23,7 prosent av Norges befolkning i 2050 være 65 år eller eldre (SSB, 2011). Undersøkelser viser at rundt 80 prosent av beboerne i norske sykehjem har en demenslidelse. Personer med demens er også mest utsatt for tvangstiltak (Kirkevold 2005). Kirkevold og Engedal (2005) har blant annet kartlagt bruken av ulike former for tvang. Forskningen deres viser at forekomsten av tvangstiltak er høy og at noe av den strider mot lover og forskrifter. Disse praksisene innebærer faglige og etiske utfordringer (Juritzen 2012; Gjerberg, Hem, Førde og Pedersen 2010, 2013), derfor er det behov for større innsikt i vurderingene pleierne gjør som leder til bruken av disse tiltakene. Kirkevold og Engedal (2003, 2004) peker på behov for mer forskning på bruken av makt eller press under gjennomføring av det Kirkevold kaller ADL aktiviteter (pleie, stell, måltider, toalettbesøk etc.). Det vektlegges at det trengs mer kunnskap om dette feltet og at disse formene for tvangsutøvelse utfordrer etiske og juridiske aspekter ved sykehjemsdrift (Juritzen 2012:15).

Ifølge Kirkevold (2005) blir nesten 37 prosent av pasientene i somatiske avdelinger og 45 prosent av pasientene i skjermede enheter utsatt for minst ett tvangstiltak i løpet av en uke. Bruk av tvang i forbindelse med medisinsk undersøkelse og i forbindelse med aktiviteter i dagliglivet er de vanligste formene for tvang i skjermede enheter.

Karakteristika som å ha demens, aggressiv atferd og dårlig funksjon i aktiviteter i dagliglivet er sterkt assosiert med de fleste typer tvang (Kirkevold 2005). Eksempler på vanlige tvangstiltak på sykehjem kan være tilsetning av medisiner i mat og drikke uten at beboeren er klar over dette, bruk av sengehest uten samtykke fra beboeren, holding av hender, føtter eller hode under stell, bruk av seler eller belter i stoler og fysisk tilbakeholdelse.

Å gi helsehjelp til pasienter som motsetter seg hjelpen er et alvorlig inngrep i deres selvbestemmelsesrett. Derfor er det innført rettssikkerhetsgarantier i form av vilkår for å gi tvungen helsehjelp, og særlige saksbehandlings- og overprøvningsregler for å forebygge og begrense bruk av tvang (Helsetilsynet 2013: 6). Hensikten med disse reglene er å redusere tvangsbruken, og å sørge for nødvendig helsehjelp til pasienter som motsetter seg hjelpen, men som ikke er i stand til å forstå rekkevidden av helsehjelpen. Ifølge Helsetilsynet skal frivillige og tillitsskapende tiltak forsøkes før tvangstiltak brukes. "Tvang er tiltak som brukes for å overvinne eller omgå motstand" (Helsetilsynet 2013: 6). Disse tiltakene blir ikke nødvendigvis oppfattet av pasienten som et tvangstiltak. Det vektlegges at "faglig og etisk forsvarlig behandling og omsorg forutsetter kompetanse, refleksjon og bevissthet hos ansatte" for å finne alternativer til tvang (Helsetilsynet 2013: 6). Tanken er å begrense tvangsbruken så mye som mulig, men at den kan anvendes når andre tiltak er forsøkt.

## **1.2 Hjelpepleierens rolle og funksjon**

Yrkestittelen helsefagarbeider erstatter de tidligere titlene hjelpepleier og omsorgsarbeider. Jeg har valgt å likevel bruke tittelen "hjelpepleier", da kvinnene jeg har intervjuet fikk denne tittelen for mange år siden og selv omtaler seg som hjelpepleiere. Hjelpepleierutdanningen innebærer to år i videregående skole og to år i lønnet praksis.

Hjelpepleiere utgjør majoriteten av de ansatte i sykehjemsektoren. De siste årene har rekrutteringen til yrket sviktet, spesielt blant unge. Dette har skapt bekymring da en nedgang i denne yrkesgruppen vil ramme sykehjemsektoren spesielt hardt. Etterspørselen vil øke fordi en større del av befolkningen vil bli pleietrengende, og rekruttering er nødvendig for å nå de politiske målene i handlingsplanen for eldreomsorgen (Stortingsmelding 50). Ved at pasientene har blitt eldre og har flere diagnoser som gjør dem pleietrengende, har hjelpepleiere som jobber på sykehjem fått endrede utfordringer og arbeidsvilkår. Når alderen og pleiebehovet øker hos beboerne, innebærer det at pleiernes arbeid blir tyngre.

Det er i hovedsak kvinner som velger å bli helsefagarbeidere. I tillegg har de ofte likartet sosial bakgrunn (Dahle 2006: 30). Blant hjelpepleiere utdannet i 1978-79 var

det kun 5% av fedrene og 2% av mødrene som hadde utdanning fra høyskole eller universitet. Til sammenligning hadde 22% av sykepleiernes fedre og 10% av deres mødre høyere utdanning. 70% av hjelpepleiernes ektefeller hadde ingen utdanning over videregående nivå, mens sykepleiernes ektefeller hadde høyere utdanning i over 70% av tilfellene. I dag er det vanligere å ta høyere utdanning enn det var i 1979, men av unge som utdanner seg til helsefagarbeidere i dag er det kun 19% av foreldrene som har høyere utdanning (Abrahamsen 2000, Eidset m. fl. 2000, gjengitt i Dahle 2006).

### *Hjelpepleiernes jurisdiksjon*

Andrew Abbott (1988) bruker begrepet *jurisdiksjon* om en profesjons kontroll over et yrkesområde og arbeidsoppgaver. Den mest sentrale egenskapen ved en profesjon er kontroll over kunnskap og dens anvendelse. Abbott skiller mellom ulike typer jurisdiksjoner. En forenklet utgave av hans typologi kan være 1) full og endelig jurisdiksjon for ett yrke over et arbeidsfelt. 2) Delt arbeid og ansvar mellom to eller flere yrker langs faste eller flytende linjer og 3) underordning av et yrke under et annet, reelt eller intellektuelt (det siste betyr at det overordnede yrket har en kognitiv kontroll over oppgaven, mens den praktiske håndteringen delegeres videre) (etter Kjølrsrød 1993: 30). Hjelpepleiernes ansvarsområde er bredt og avgrenses ofte i møtet med formelle sykepleieoppgaver. En gjennomgang av ledige hjelpepleierstillinger på NAVs nettsider viser at hjelpepleiernes arbeidsoppgaver på sykehjem ofte beskrives som stell og omsorg, hjelp i ernærings situasjoner, aktivisering, sengeredning, noe dokumentasjon og forefallende arbeid (NAV, 2015). I mange av stillingsannonsene er det ikke oppgitt noen beskrivelse av arbeidsoppgavene.

Hjelpepleierens rolle defineres som underordnet ledelse av sykepleiere og vernepleiere. Sykepleiere har stor innflytelse på hjelpepleieres opplæring og yrkesutøvelse. Det er ofte sykepleiere som underviser hjelpepleiestudenter, og de kan bidra til å definere deres yrkesrolle i studentenes praksisperioder (Høst 2003). Det er flere mekanismer som trer i kraft i samarbeid mellom kolleger med ulik kompetanse og forhold som over- og underordnet. En av disse mekanismene er at partene stilltiende godtar avtaler om å avvike fra den hierarkiske strukturen, slik at underordnede yrkesgrupper likevel utfører oppgaver med høy grad av autonomi (Ramsøy og Kjølrsrød 1986: 257). Med sin overordnede posisjon har sykepleierne mulighet til å bestemme hvilke oppgaver hjelpepleierne skal ha på arbeidsplassen, og det oppstår ofte



situasjoner der hjelpepleiere utfører sykepleieroppgaver. Utdeling av medisiner er sykepleiernes domene, men på grunn av sykepleiermangel må ofte hjelpepleiere ta denne jobben. Spesielt vanlig er dette på sykehjem fordi mange sykepleiere foretrekker å arbeide i andre deler av helsevesenet. Hjelpepleierne kan dermed få tilgang til arbeidsoppgaver som oppleves som faglig utfordrende og spennende. Det er dette Ramsøy og Kjølrsrød kaller *autonomy by default* (1986: 257). Men tilgangen til nye og spennende arbeidsoppgaver innebærer ikke at hjelpepleierne kan gjøre disse oppgavene til en del av sin jurisdiksjon. Når bemanningen er normal igjen, må de overlate for eksempel sårstell og medisinutdeling til sykepleierne. Følelsen av å bare være god nok når det mangler sykepleiere, kan være ydmykende og stressende for mange hjelpepleiere (Heiberg 1988). For mange kan det også oppleves som skremmende å skulle ta ansvar for oppgaver som man vanligvis ikke må bekymre seg for fordi det tas hånd om av sykepleiere. For enkelte pleiere vil slikt ansvar være uønsket. Andre, spesielt de som er overbevist om at yrket deres har et selvstendig og viktig bidrag å yte i behandlingen, vil søke jobber som gir størst mulig anledning til å slippe å bli "sjefet over" av andre yrkesgrupper. Det er kanskje disse man finner i de mest upopulære jobbene og på de mest ubeleilige vaktene (Ramsøy og Kjølrsrød 1986: 257). Kombinasjonen av en horisontal yrkesspesialisering og en vertikal yrkesmessig lagdeling kan med andre ord skape dilemmaer for overordnede og underordnede yrkesgrupper. Og sett fra mottakerens perspektiv er det en omvendt proporsjonalitet mellom yrkesutøverens rang og tid tilbragt med klienter (Ramsøy og Kjølrsrød 1986: 257). Noen må gjøre jobben, uansett den formelle arbeids- og ansvarsfordelingen. Slike stilltende avtaler kan være resultatet av at overordnede yrkesutøvere definerer sitt ansvar som å holde tilsyn på avstand med underordnede yrkesutøvere som formelt har rutinepregede og tidkrevende oppgaver. I praksis innebærer det at sistnevnte ofte blir overlatt til seg selv.

### *Slit og stress*

Ifølge Abrahamsen (2002) har pleieyrker en særegen "slit-og stressprofil". Det innebærer at arbeidet er fysisk og psykisk belastende, i tillegg til at arbeidet utføres under tidspress. Flere undersøkelser viser at pleiearbeid er slitsomt; tunge løft, løping i korridorer, opplevelsen av å ha liten tid til å utføre arbeidsoppgaver samt liten innflytelse på egen arbeidshverdag bidrar til at pleiearbeid oppfattes som slitsomt

(Abrahamsen 2002: 73). Dessuten oppleves turnusarbeid med dag-, kveld-, natt- og helgearbeid som mer slitsomt enn arbeid med normalarbeidsdag (Abrahamsen 2000). Studier som har undersøkt sykefravær på sykehjem viser til en høy arbeidsbelastning (Dahl og Gullikstad 2002). Den fysiske utformingen på avdelingen har også betydning for hvordan arbeidet utføres og oppleves av pleierne (Høyland 2001). Om avdelingen består av en korridor med rom og to dusjer på deling, eller som boenheter med egne bad, kan ha betydning for hvordan arbeidet organiseres. Få dusjer på deling betyr for eksempel at personalet må planlegge på forhånd hvem som skal dusje og når. Dahle (2006) viser til en historie fra en av hennes informanter, som fortalte om hvordan en pleier måtte følge en skrøpelig pasient hele korridoren for å komme til dusjen, bare for å finne ut at dusjen var opptatt. Mitt eget materiale har flere lignende historier. For pleierne er slike episoder svært uheldige fordi de må bruke mye tid uten å få fullført arbeidsoppgavene sine. Det blir en kilde til irritasjon ved at tid og ork stjeles fra andre oppgaver som må utføres.

Mye av kritikken som rettes mot sykehjem som institusjon, går ut på at det er lite rom for pasientenes individuelle behov og ønsker (Slagsvold 2002). Media forteller stadig historier om eldre som må legge seg tidlig på ettermiddagen og som ikke får dusje mer enn en gang i måneden. Ofte forklares disse hendelsene med lav bemanning, og at det må flere pleiere til for at pasientene skal kunne tilbys mer individuelt tilpasset pleie. En rapport sår tvil om sammenhengen mellom antall pleiere og kvalitet, og viser at andre faktorer enn bemanning kan ha større betydning for kvaliteten på omsorgen (Paulsen, Harsvik, Halvorsen 2004). En av faktorene som trekkes fram er organiseringen av arbeidet. Rutiner preger ofte arbeidet på sykehjem, og er en måte å sikre at alle nødvendige oppgaver utføres til riktig tid og at ingenting blir glemt. Samtidig kan rutiner føre til at pasientenes individuelle behov blir oversett. På mange sykehjem blir pasientene stelt fortløpende for at morgenstellet skal være ferdig til frokost – ikke ut fra pasientenes egne ønsker eller behov (Heiberg 1988). Rutiner kan også fungere som en beskyttelsesmekanisme i en krevende arbeidshverdag. Å vite hva som skal gjøres og i hvilken rekkefølge gir oversikt og forutsigbarhet. Uforutsette hendelser kan være enklere å takle dersom rutinene fungerer ellers. Ofte har pleierne ansvar for de samme pasientene hver dag, og dagene ligner på hverandre. Man har de samme samtalene og de samme arbeidsoppgavene. Å tenke på pasientene som "oppgaver" som er "ferdige"

når de er stelt, påkledd og plassert i stua, kan være avslappende. Dahle (2006) beskriver denne monotone og avslappende måten å arbeide på, og hvordan "ferdige" pasienter ble et synlig resultat av arbeidet pleieren hadde utført. Hun beskriver hvordan hun etter hvert opplevde denne innstillingen som et problem; hun ble "fanget" av rutinene, og irritert på pasientene dersom de kom med ønsker som ikke passet med hennes plan. Rutinene ble en beskyttelse mot det tunge arbeidet, men hun opplevde at hun ble en dårligere hjelpepleier fordi pasientenes individuelle behov kom i andre rekke. Ifølge Heiberg (1988) blir tidspress ofte brukt som en forklaring på hvorfor man fokuserer på fysiske og materielle behov framfor de psykososiale: pleieren bruker kortere tid på å skifte en skitten skjorte enn å sette seg ned for å prate med pasienten. Dessuten er klesskift en avgrenset oppgave med synlig resultat. Å trøste eller berolige en engstelig og forvirret pasient kan ta mye tid, og man er ikke sikret noe resultat. Å utføre en praktisk oppgave framfor en oppgave som krever tålmodighet og emosjonell energi, kan være en reaksjon på et grenseløst krav om omsorg som utvilsomt er en stor belastning for mange hjelpepleiere på sykehjem (Abrahamsen 2002).

Hjelpepleiere er en yrkesgruppe med få muligheter til å benytte sine ferdigheter og til å påvirke beslutninger om egen arbeidssituasjon. Slik mangel på innflytelse er en kilde til stress (Abrahamsen 2000). Pasientenes behov for omsorg er på mange måter grenseløst, og nettopp denne grenseløsheten er et spesielt trekk ved omsorgsarbeid (Martinsen og Wærness 1991). Tidspress er en belastning i seg selv, og lar seg dårlig kombinere med pasienters behov for nærhet og omsorg. For pleierne blir løsningen ofte å prioritere materielle behov framfor de psykiske. Man kan se denne prioriteringen som et forsøk på å løse en svært vanskelig oppgave: å kombinere best mulig omsorg med liten tid og lite overskudd. Dessuten kan ikke slike prioriteringer utelukkende ses som individuelle strategier. Effektivisering og omorganisering i helsevesenet har ført til at makt og beslutninger flyttes oppover i systemet, mens de som skal utføre pleiarbeidet har fått mindre innflytelse (Vike 2001). Det blir pleierne som må forsøke å minimere de negative konsekvensene av for trange rammer for pasientene.

### **1.3 Mitt bidrag**

Med denne studien ønsker jeg å kunne si noe om hva erfarne hjelpepleiere forteller om situasjoner der det er aktuelt å bruke tvang. Jeg ønsker å få et bilde av den hverdagslige

samhandlingen mellom beboer og pleier. Jeg vil vektlegge situasjoner pleierne opplever som utfordrende, og hvordan de forteller at de vurderer og håndterer disse situasjonene. Målet er at jeg på den måten kan få et nyansert bilde av hva hjelpepleierne forstår med "tvang" og hvilke alternativer til tvangsbruk de finner.

Formålet med oppgaven er å supplere kunnskapen som allerede er produsert på dette feltet. Dette vil jeg gjøre ved å studere hjelpepleiernes reaksjoner på tre karakteristiske situasjoner som de får presentert gjennom noen enkle tegninger jeg har laget. Ved å hente empirisk materiale fra samtaleintervjuer med utgangspunkt i tegningene, ønsker jeg å samle informasjon om pleiernes erfaringer med pasienter som motsetter seg hjelp. Hensikten er å få dypere innsikt ved å oppdage, beskrive og forstå meninger som kommer fram i informantenes fortellinger. Da jeg har tilnærmet meg feltet gjennom samtaleintervjuer, vil jeg anvende narrativ analyse til å fortolke materialet.

Spørsmålsstillingen i denne oppgaven er liggende nær den som brukes i annen nyere forskning om dette emnet, i regi av Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo (2010, 2013). Hem, Gjerberg, Førde og Pedersen har i tre artikler publisert resultatene fra en undersøkelse av hvilke utfordringer sykehjemsansatte opplever med pasienter som motsetter seg omsorg og pleie, og utfordringer knyttet til den nylige reguleringen av Pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 4 (2013). Studien baserer seg på fokusgruppeintervjuer, og det kan være at jeg ved å bruke samtaleintervjuer med en informant av gangen vil innhente nye perspektiver og andre typer av fortellinger enn forskerne i denne studien gjør.

En nyere artikkel av Gjerberg m.fl. (2015) baserer seg på en undersøkelse av sykehjemspasienter og pårørendes syn på bruk av tvang. Et sentralt spørsmål i studien er om det finnes tilfeller der tvang kan forsvares av pasientene og deres pårørende, og i så fall hva som karakteriserer disse situasjonene. Resultatene i studien viser at over halvparten av pasientene og majoriteten av de pårørende aksepterer tvangsbruken, og stoler på at pleierne handler etter pasientens beste interesse. Studien viser at aksepten for tvangsbruk er sterkt knyttet til pasientens manglende forståelse, ønsket om å unngå helseskade og for å bevare pasientens verdighet. Jeg har valgt avgrense denne oppgaven til å legge vekt på hjelpepleieres opplevelse av tvangssituasjoner, og har derfor ikke inkludert en diskusjon av hvorvidt pasienter og deres pårørende har andre eller

motstridende opplevelser. Artikkelen bør likevel nevnes her, da hovedfunnene i denne oppgaven vil være interessante sett i lys av funnene som presenteres i artikkelen.

#### **1.4 Gangen i oppgaven**

I neste kapittel vil jeg presentere relevant teori og tidligere forskning som danner grunnlaget for den senere analysen. Kapittel 3 vil dreie seg om de metodiske valgene jeg har tatt underveis i prosjektet. Jeg viser hvordan jeg har utført studien og diskuterer min rolle og relasjon til temaet.

Videre følger tre analysekapitler. Disse er inndelt etter konkrete situasjoner som pleierne opplever som utfordrende. I kapittel 4 tar jeg utgangspunkt i informantenes fortellinger om dusjsituasjoner. Målet med kapitlet er først og fremst å gi et bilde av hva pleierne opplever som utfordrende med dusjsituasjoner, og jeg vier mye plass til å beskrive deres strategier og metoder for å unngå konflikt og bruk av tvang. I kapittel 5 ser jeg nærmere på situasjoner som dreier seg om ernæring og medisiner. Målet med kapitlet er å gi et bilde av hva pleierne opplever som utfordrende med ernæring –og medisineringsituasjoner, og jeg diskuterer betydningen av pleiernes relasjonsarbeid i arbeidet med å unngå tvangsbruk. De to foregående kapitlene tar utgangspunkt i konkrete situasjoner der pleierne ønsker å få pasienten enten til å dusje eller spise/ta medisiner sine. I kapittel 6 legges det vekt på demente pasienters krevende atferdstyper, og jeg har her tatt utgangspunkt i atferdstypene som pleierne la mest vekt på i intervjuene. Mange av pleiernes strategier går igjen i alle de tre kapitlene, men noen situasjoner har sine spesielle, tilhørende strategier. I kapittel 7 oppsummeres og diskuteres oppgavens hovedfunn.

## 2 Bruk av tvang i sykehjem

I dette kapittelet vil jeg presentere tidligere forskning og teoretiske perspektiver som er relevante for å belyse min problemstilling og mitt empiriske materiale. Det er flere ulike aspekter jeg vil legge vekt på her. Først vil jeg redegjøre for kapittel 4A i Pasient- og brukerrettighetsloven. Ifølge Helsetilsynet skal frivillige og tillitsskapende tiltak forsøkes før tvangstiltak brukes. Lovverket spiller en stor rolle i min senere diskusjon av funnene i intervjumaterialet, og en gjennomgang av lovverket som omhandler bruk av tvang er derfor nødvendig her. Denne gjennomgangen vil avsluttes med at jeg presenterer en studie med forskningsspørsmål som ligger tett opp mot de spørsmålene jeg stiller i denne oppgaven. Pedersen m.fl. har hatt som mål å "få systematiske beskrivelser av [helsepersonells] erfaringer knyttet til innføringen av de nye lovhjemplene" (Pedersen m.fl. 2013). De stiller seg kritisk til om lovverket er i overensstemmelse med virkeligheten på sykehjem.

Videre vil jeg presentere en rapport som dreier seg om bruk av tvang på sykehjem. Helsetilsynets oppsummeringsrapport "Tvil om tvang" (2013) søker blant annet å svare på spørsmålet om hvilke faktorer som påvirker bruk av tvang på sykehjem. Funnene i rapporten kan deles inn i to deler, der en del viser til praksisen hos de ansatte, og den andre delen viser hvordan mer overordnede strukturer i de enkelte virksomhetene har sammenheng med de ansattes praksis og dermed tvangsbruken i seg selv. Jeg knytter funnene i Helsetilsynets rapport til to artikler av Hem m.fl. og Gjerberg m.fl. (2010; 2013). Den første artikkelen tar for seg grenselandet mellom frivillighet og tvang i omsorgen for personer med demens i sykehjem. I arbeidet beskrives ulike situasjoner der omsorg og pleie skal gis til personer som motsetter seg hjelp, og hvordan personalet erfarer og håndterer disse situasjonene. Den andre artikkelen undersøker hvilke strategier som tas i bruk når pasienter motsetter seg helsehjelp. Ved hjelp av fokusgruppeintervju med ansatte presenteres nye beskrivelser av tvangsbruk, situasjoner som utløser tvang og alternative metoder for å unngå bruk av tvangstiltak.

## 2.1 Pasient- og brukerrettighetsloven

Å gi helsehjelp til pasienter som motsetter seg hjelpen er et alvorlig inngrep i deres selvbestemmelsesrett. Derfor er det innført rettssikkerhetsgarantier i form av vilkår for å gi tvungen helsehjelp, og særlige saksbehandlings- og overprøvingsregler for å forebygge og begrense bruk av tvang (Helsetilsynet 2013: 6). Hensikten med disse reglene er som sagt å redusere tvangsbruken, og å sørge for nødvendig helsehjelp til pasienter som motsetter seg hjelpen, men som ikke er i stand til å forstå rekkevidden av den. Ifølge Helsetilsynet skal frivillige og tillitsskapende tiltak forsøkes før tvangstiltak brukes. "Tvang er tiltak som brukes for å overvinne eller omgå motstand" (Helsetilsynet 2013: 6). Disse tiltakene kan være å holde en pasient fast for å få gitt nødvendig helsehjelp, og tiltakene blir ikke nødvendigvis oppfattet av pasienten som et tvangstiltak.

I denne delen av kapitlet vil jeg gi en gjennomgang av Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. Lovverkets tema danner grunnlaget for spørsmålsstillingen i min studie. Senere i oppgaven vil jeg diskutere funnene i intervjumaterialet med utgangspunkt i lovverket.

Kapittel 4 i Pasient- og brukerrettighetsloven dreier seg om samtykke til helsehjelp og nødvendigheten av å innhente samtykke fra pasienter. Ethvert inngrep ovenfor enkeltmennesket, også innenfor helsevesenet, krever at det foreligger et gyldig rettsgrunnlag. Rettsgrunnlaget kan enten være lovhjemlet (jf. Legalitetsprinsippet) eller basere seg på den enkeltes samtykke. En pasients samtykke gir helsepersonell adgang til å utføre handlinger som ellers ville måtte oppfattes som integritetskrenkelser. Det nye kapitlet 4A i Pasient – og brukerrettighetsloven føyer seg inn som et nytt ledd i den moderne tvangslovgivningen på sosial – og helserettens område (Syse 2009). Pasientene som det fortelles om i mitt intervjumateriale lider av langtkommen/alvorlig grad av demens. Derfor har jeg her valgt å legge vekt på lovens kapittel 4A: helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. En redegjørelse av kapittel 4 (samtykkekompetente pasienter) blir derfor utelatt her.

*Kapittel 4A Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv.*

Av ulike årsaker kan noen pasienter motsette seg nødvendig hjelp, og det kan oppstå fare for vesentlig helseskade. Noen pasienter kan forville seg ut av sykehjemmet med fare for skade fordi de ikke kan håndtere trafikksituasjoner eller finne tilbake til sykehjemmet. Bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A: "Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen" er derfor noe de fleste sykehjem og sykehjemsansatte må forholde seg til. Formålet med bestemmelsene er å sikre nødvendig helsehjelp for å hindre alvorlig helseskade, og å forebygge og begrense bruk av tvang (Helsetilsynet, 2013).

I desember 2006 ble det ved endringslov nr. 99 foretatt en viktig endring i Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6. Samtidig ble kapittel 4A tilføyd loven. Endringen i pasrl. § 4-6 trådte i kraft 1. mai 2008, mens kapittel 4A ikke ble iverksatt før 1. januar 2009. Dette var på bakgrunn av ønsker om opplæring av aktuelt helsepersonell i regelverket før man åpnet for tvang ved gjennomføring av helsetjenester som pasienten motsetter seg. Opplæringen skjedde i to omganger, først ved Helsedirektoratet og senere ved de enkelte Fylkesmannsembetene.

Pasient og –brukerrettighetslovens kapittel 4A regulerer muligheten for å gi helsehjelp til personer som ikke har samtykkekompetanse når de motsetter seg helsehjelpen. Kap. 4A åpner kun for å kunne gi somatisk helsehjelp til ikke-kompetente pasienter, eller for å kunne gjennomføre nødvendige undersøkelser for å kartlegge om det foreligger en somatisk tilstand som trenger behandling. Reglene gjelder uavhengig av pasientens diagnose: til tross for at det er ulikheter i symptomatologi og kognitiv svikt mellom de ulike diagnosegruppene som demens, psykisk utviklingshemning og psykisk sykdom, er det valgt å gi diagnoseuavhengige regler (psykiske lidelser skal riktig nok behandles etter reglene i psykisk helsevernloven. Dette framgår eksplisitt av § 4A-2 andre ledd).

Helsehjelp gis ulike steder, og hovedregelen er at kap. 4A gjelder uansett hvor helsehjelpen blir gitt (med unntak av tvangsinnleggelse og –tilbakeholdelse av pasienter, slik tvang kan bare anvendes i helseinstitusjon som hører under spesialisthelsetjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven). Det bør også nevnes her, slik Aslak Syse skriver i "Pasientrettighetsloven – med kommentarer" (2009), at



menneskerettslige forpliktelser setter begrensninger for statens adgang til å bruke tvang ovenfor klientgrupper, også når makten oppfattes å være i deres interesse. Derfor må nasjonale regler også oppfylle menneskerettslige krav, for eksempel slik de er nedfelt i Den europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK) artikkel 8 som beskytter den enkeltes rett til privatliv. Kravene som stilles i artikkel 8 for inngrep i denne friheten er "for det første at inngrepet må være formålsrettet, være egnet, framstå som nødvendig, ikke uforholdsmessig og følge minste inngreps prinsipp" (Syse 2009: 346). Kapittel 4A tilfredsstiller de menneskerettslige kravene ved at formålet er å forhindre alvorlig helseskade, og det er et beskyttelsesverdig formål. Det er direkte lovfestet i Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-3 at helsehjelpen må være både nødvendig og forholdsmessig. Minste inngreps prinsipp ivaretas ved at det alltid først skal forsøkes med tillitsskapende tiltak.

#### *Kapitlets formål*

Formålet med kap. 4A er å klargjøre det rettslige grunnlaget for å kunne gi helsetjenester til pasienter uten samtykkekompetanse (Syse 2009: 346). Kapitlet bidrar til å sikre rettsvernet til denne gruppen ved at det må fattes begrunnede og klagbare vedtak. Dermed tar regelverket sikte på å forebygge og redusere tvangsbruk. Videre skal det sikre mot at pasienter som mangler tilstrekkelig innsikt i egen helsetilstand og den aktuelle helsehjelpen, gjennom sin motstand skal kunne fravelge seg helsehjelp de fleste ville tilvalgt seg. Bakgrunnen for denne nyere lovgivningen som regulerer tvangsbruk i disse tilfellene, er ifølge Syse (2009: 346) at det tidligere har blitt brukt uhjemlet tvang, eller tvang begrunnet i nødhjelp og omsorgsplikt. Slik tvangsbruk har kunnet bli iverksatt uten saksbehandling, utredning, notoritet og uten klagemulighet for pasient og pårørende. Dermed har pasientenes rettssikkerhet blitt skadelidende, og samtidig har ikke omverdenen, herunder tilsynsmyndigheten, fått oversikt over omfanget av tvangsbruken, blant annet i demensomsorgen.

Virkeområdet til Pasient- og brukerrettighetslovens kap. 4A er avgrenset til tiltak som ikke faller inn under øyeblikkelig hjelp-plikten (Helsepersonelloven § 7 *Øyeblikkelig hjelp*), men hvor formålet er å sikre pasientens helsehjelp i situasjoner der dette fremstår som nødvendig for pasienten. Siden pasienten yter motstand, er det tydelig at vedkommende ikke forstår denne nødvendigheten. Motstanden i situasjonen settes gjerne i forbindelse med pasientens manglende forståelse, og det er denne manglende

forståelsen som også kan ha ført til at pasienten er vurdert til å mangle samtykkekompetanse. Selv om helsepersonell vurderer tvangstiltak, skal alle inngrep vurderes ut fra at det skal foreligge en respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og "så langt som mulig" være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett (Syse 2009: 347). Det vil si at pasientens motstand, og graden og begrunnelsen av denne, må inntas i helhetsvurderingen som skal foretas som en del av de materielle vilkårene (se under). Videre legger loven til grunn at pasientens motstand "om mulig skal nedbygges, og helst overvinnes gjennom tillitsskapende tiltak." Dette er nærmere regulert i § 4A-2 første ledd hvor det framgår at tillitsskapende tiltak må ha vært forsøkt før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg. Alternativt må det ha vært vurdert som åpenbart formålsløst å prøve dette (Syse 2009: 347).

Blir pasientens motstand borte ved tillitsskapende tiltak, kan den aktuelle helsehjelpen gjennomføres etter bestemmelsen i Pasient- og brukerrettighetslovens § 4-6 dersom pasienten mangler samtykkekompetanse, og på den måten blir også kapitlets bestemmelser uten betydning for videre behandling og oppfølging. Med andre ord er det ikke et mål å ta i bruk kapitlets bestemmelser i alle situasjoner der en pasient ikke har forståelse for formålet med helsehjelpen og ikke er i stand til å ta vare på egne interesser. Kapitlet regulerer bare muligheten for å gi helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen. Den kompetente pasient kan motsette seg hjelp – i alle fall kan ikke hjelp gis med hjemmel i Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 eller reglene i kap. 4A. I slike tilfeller må helsehjelpen i så fall anvende andre bestemmelser som åpner for tvangsbruk også overfor kompetente personer, slik man blant annet finner i smittevernloven og loven for psykisk helsevern (Syse 2009: 348).

#### *Materielle vilkår for å kunne gi helsehjelp etter kapitlet*

Som utgangspunkt kan man si at helsehjelp etter Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A omfatter alle behandlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende formål eller pleie- og omsorgsformål, og som utføres av helsepersonell (Syse 2009: 348). Like vel er det ikke alle former for helsehjelp som kan gis til en pasient uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen; vilkårene i § 4A-3 må være oppfylt. Som vist ovenfor er en del av kapitlets formål at tvang skal brukes så lite som mulig, den skal være under kontroll og dessuten være

tilstrekkelig dokumentert. For å hindre at det gjennomføres helsehjelp mot pasientens vilje, skal helsetjenesten først prøve å motvirke og nedbygge motstanden med tillitsskapende tiltak. Helsepersonell må forsøke å få pasienten til å forstå at det er i hennes eller hans interesse å ta imot hjelpen. Dersom pasienten oppgir sin motstand kan helsehjelpen gjennomføres uten tvang med hjemmel i Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 (Syse 2009: 349).

Dersom tillitsskapende tiltak ikke er tilstrekkelig til å nedbygge pasientens motstand slik at helsehjelpen kan gis uten tvang, må tre vilkår i Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-3 andre ledd være oppfylt. Det første av disse tre vilkårene er at unnlattelse av å gi helsehjelpen kan føre til vesentlig helseskade for pasienten. Dette er ifølge Syse, som selv har ført loven i penn, et strengt krav da det ikke bare er helseskade som eventuelt skal unngås, men *vesentlig* helseskade. Dette vesentlighetskravet fører til at ikke alle pleie- og omsorgstiltak kan gjennomføres med tvang. Personer som ikke er inkontinente eller lider av annen fysisk sykdom, vil sjelden ta skade av mangelfull eller ikke-eksisterende vask og stell over en viss periode. Vanligvis vil det heller ikke argumenteres for at manglende hårklipp eller barbering vil føre til vesentlig helseskade (Syse 2009: 350). Like vel må det være klart at hygiene ikke kan forfalle slik at sår ikke får nødvendig stell, det oppstår betennelser, eller at pasienten lukter slik at det er uakseptabelt for vedkommende selv og personens omgivelser. Dette vil ifølge Syse være rimelig å tolke som helseskade dersom tilstanden finnes helt uakseptabelt for pasienten selv, medpasienter og den alminnelige trivsel. Nærings- og væskeinntak kan fremstå som tiltak som faller innenfor vilkåret, da manglende næringstilførsel vil kunne føre til vesentlig helseskade. Grensen for hva som kan føre til vesentlig helseskade må altså vurderes ut fra den enkelte pasientens tilstand og helsemessige forutsetninger. Av Helsedirektoratets Rundskriv IS-10/2008 framgår det at manglende vask og stell av inkontinente personer vil kunne føre til vesentlig helseskade. Det samme gjelder mangel på regelmessig munnhygiene (Syse 2009: 350).

### **2.1.1 Skrivebordsjus eller sosial endring gjennom lovgivning?**

“Han som skrev denne loven, han har aldri kommet og jobbet på avdelingen”. Sitatet er hentet fra en artikkel av Pedersen m.fl. (2013: 1936) basert på en studie av helsepersonells utfordringer og erfaringer med praktiseringen av kapittel 4A i Pasient- og brukerrettighetsloven. Sitatet viser til et av funnene i studien, nemlig at loven på

noen områder er i utakt med virkeligheten på norske sykehjem.

Syse (2013: 1905) påpeker i artikkelen *Omsorgstvang – av hensyn til hvem?* at man for å vurdere om regelverket er egnet og ikke innbyr til feiltolkninger, trenger ”undersøkelser med et mer kvalitativt preg enn Fylkesmannens egenkontroll kan gi”. Pedersen m.fl. (2013) sin studie av bruk av tvang i sykehjem er en slik studie. Forskerne undersøker hvilken betydning innføringen av kapittel 4A i Pasient-og brukerrettighetsloven har hatt for helsepersonell og deres arbeid på sykehjem. Tre sentrale spørsmål i artikkelen er: I hvilke situasjoner brukes tvang? Hva er legens rolle ved bruk av tvang? Hvilke utfordringer og erfaringer knytter de ansatte til det nye lovverket? Ved bruk av fokusgruppeintervjuer kom de fram til at tvang forekommer hyppig, og at det blir fattet få vedtak. Deltakerne i intervjuene beskrev problemer med å praktisere det nye lovverket, og ga uttrykk for at kravene til vedtak var urealistiske. Mangel på tid trekkes fram som en av de viktigste årsakene til at det ikke fattes vedtak. Ifølge intervjudeltakerne er det mange situasjoner der vedtak skulle vært fattet, men at kravene til vedtak ble vurdert som altfor omfattende for de aktuelle tvangssituasjonene. Det ble uttrykt at det kun ble fattet vedtak for ”ekstrempasientene”. Gjennomgående uttrykte informantene i studien et ønske om forenkling av vedtaksskrivingen.

Resultatene fra Pedersen m.fl. sin studie tyder på et stort potensiale for feiltolkninger, og viser at tvang brukes uten at vedtak fattes. Siden tvang forekommer hyppig i sykehjem (Kirkevold 2004), kan man ifølge forfatterne frykte at det vil bli liten tid til å yte helsehjelp dersom man skulle fulgt loven i alle konkrete situasjoner der tvang benyttes. Pedersen m.fl. mener at det på noen områder er grunn til å spørre om loven er i utakt med profesjonsetiske verdier og virkeligheten i sykehjem. Dette begrunnes blant annet med at hensynet til andre og hensynet til ressurser ikke defineres som relevante hensyn i loven, og forfatterne mener at dette setter sykehjemsansatte i en vanskelig situasjon. Forfatterne påpeker at det er urealistisk og urimelig at slike hensyn ikke spiller noen rolle i lovverket. Ifølge forskerne er det flere aspekter ved lovverket som bør diskuteres kritisk i lys av virkeligheten på sykehjemmene. Eksempler på disse aspektene er måten sentrale begreper er definert på, mulighetene for å lage rimeligere og enklere regler, forenklinger av kravene til vedtak, samt om det bør stilles spesielle kvalitetskrav til utøverne og institusjonene som skal vedta og gjennomføre tvang.

Pedersen m.fl. har studert et område med stor etisk og juridisk kompleksitet. Forfatterne mener det er grunn til å diskutere om kapittel 4A er i overkant detaljert og finmasket til å brukes på et område med stor variasjon og mange gråsoner (Pedersen m.fl. 2013: 1939). Som vist i gjennomgangen av lovverket er lovens hensikt blant annet å begrense bruken av tvang ovenfor ikke-samtykkekompetente pasienter som motsetter seg nødvendig helsehjelp. Dette er for å sikre pasienters rettssikkerhet. Loven vil også kunne bidra til at faglige og etiske vurderinger blir mer sentrale i arbeidet med for eksempel demente pasienter. Det er rimelig å anta at lovens utvikler, Stortinget, har ønsket at kapittel 4a skal bidra til endring. Med det mener jeg at innføringen av kapittel 4a sannsynligvis er ment å ha en effekt på samfunnet som strekker seg utover lovens rent juridiske funksjon. Sosial endring som følge av juridisk endring har vi sett før. Et eksempel er abortlovgivningen som førte til endringer i svært mange menneskers verdigrunnlag. Selv i religiøse miljøer er selvbestemt abort av mange ansett som en viktig rettighet for kvinner i dag. Pedersen m.fl. sin studie peker på områder der loven ikke samsvarer med virkeligheten på norske sykehjem. Men når lovverket skiller seg fra praksisen er det ikke nødvendigvis gitt at det er loven som må vike. Bruk av tvang bør, som loven påpeker, forutsette nøye overveide faglige og etiske vurderinger. Det stiller krav til de som arbeider med demente pasienter. Definisjonene som er satt bør kunne bidra til økt bevissthet rundt temaet hos sykehjemsansatte. Når Pedersen m.fl. finner at de ansatte ikke har kompetansen som kreves for å følge lovverket, peker det kanskje på andre problemer i landets sykehjem enn at lovverket de må forholde seg til er for omfattende.

I den neste delen av kapitlet vil jeg ta for meg tre artikler og en rapport som kan gi et bilde av utfordringene sykehjemsansatte står ovenfor, sett i sammenheng med lovgivningen jeg nå har gjennomgått.

## **2.2 Bruk av tvang ovenfor demente på sykehjem**

Helsetilsynets rapport *Tvil om tvang* (2013) oppsummerer funn fra landsomfattende tilsyn i 2011 og 2012. Tilsynene har undersøkt om ”pasienter som mangler evne til å gi samtykke og ikke vil ta i mot hjelp, får nødvendig og forsvarlig helsehjelp” (2013: 5). Fylkesmennene har gjennomført tilsyn i 103 kommuner. I 89 av kommunene ble det påvist lovbrudd (avvik fra regelverket).

Tilsynet undersøkte om kommunen fulgte krav i lovverket på følgende områder:

- At motstand mot helsehjelp ble identifisert og at samtykkekompetanse ble vurdert.
- At tillitsskapende tiltak ble forsøkt før tvungen helsehjelp ble gjennomført.
- At det ble gjort helsefaglige vurderinger av om helsehjelp kunne gjennomføres med bruk av tvang.

Tilsynsmyndighetene har innhentet opplysninger fra flere kilder for å beskrive praksis og faktiske forhold ved virksomhetene. Disse kildene kan være virksomhetens interne dokumenter, intervjuer med ledere og ansatte og stikkprøve eller befaring med observasjon av faktiske forhold. Etter at det klargjøres hvordan forhold og praksis ved den aktuelle virksomheten er, vurderes dette mot myndighetskravene revisjonen gjelder for.

Hvilke faktorer påvirker bruk av tvang på sykehjem? Funnene i Helsetilsynets oppsummeringsrapport kan deles i to deler, der en del viser til praksisen hos de ansatte og hvordan mange mangler kunnskap om tvang, har problemer med å identifisere motstand – men også hvordan mange ansatte i sykehjem er opptatt av å utvikle strategier for å unngå tvangsbruk. Den andre delen i rapporten viser hvordan mer overordnede strukturer i de enkelte virksomhetene har sammenheng med de ansattes praksis og dermed tvangsbruken i seg selv.

#### *Helsepersonell og bruk av tvang*

En pasient kan gi uttrykk for motstand mot helsehjelp på ulike måter. I noen tilfeller er det lett for ansatte å forstå at pasienten viser motstand, for eksempel ved stemmebruk eller ved at pasienten dytter bort ansatte. Andre ganger kan det være vanskeligere for ansatte å forstå at pasienten viser motstand. Det kan være avgjørende at den ansatte kjenner pasienten godt for å forstå at han/hun uttrykker motstand, for eksempel fordi pasienten har mistet evnen til å snakke og i stedet bruker lyder eller tegn for å kommunisere. Derfor må ansatte gjøre seg kjent med hvordan den enkelte pasient uttrykker seg for å kunne identifisere motstand. Tilsynsrapporten viser at det i

sykehjemmene var manglende og ulik forståelse av hva motstand var, hvordan den ble uttrykt og kunne håndteres:

*Det fremkommer at motstand har vært uttrykt, verbalt eller fysisk, uten at dette har vært vurdert som motstand i lovens betydning, eks. pasienten har slått og sparket i stellesituasjonen, pasienten sier han vil reise hjem.*

*Ansatte har mangelfull kunnskap for å identifisere motstand, og uttrykker selv at de trenger mer opplæring (2013: 11).*

#### *Frivillige løsninger for å unngå tvang*

Inntrykket fra tilsynsrapportene var at ansatte i sykehjem retter mye oppmerksomhet mot å prøve ut tiltak for å unngå bruk av tvang. Ansatte flere steder jobber med å finne frivillige løsninger og å ivareta pasientens rett til å bestemme i ulike situasjoner. For å lykkes i å unngå tvangsbruk må ansatte ofte iverksette tiltak både på pasientnivå og et mer overordnet nivå. Ovenfor pasienter kan det for eksempel bety å ta seg god tid i mat- og stellesituasjoner for å legge til rette for at pasienten kan få gjøre mest mulig selv. Utveksling av erfaringer mellom ansatte om hvordan pasienter liker eller ikke liker håndtering av ulike situasjoner, kan være viktige i arbeidet med å finne andre løsninger enn tvang. Samtidig bidrar de til å sikre mest mulig lik praksis blant de ansatte. Forutberegnelighet og kontinuitet kan føre til økt trygghet for pasienten og dermed redusere motstand.

På overordnet nivå kan arbeid med å forebygge bruk av tvang for eksempel være arbeid med holdninger, opplæring, tilrettelegging for erfaringsutveksling, veiledning og refleksjon rundt praksis. Flere av tilsynsrapportene viste at gode løsninger (tillitsskapende arbeid) ofte blir meddelt muntlig, og ikke dokumentert skriftlig i journaler.

#### *Når alt er prøvd og tvang er uunngåelig*

Når helsepersonell ikke når fram med frivillige løsninger og tillitsskapende arbeid, kan tvungen helsehjelp være siste utvei for å unngå skade. Før tvungen helsehjelp gis, må helsepersonell vurdere om forutsetningene for å bruke tvang er til stede og i så fall fatte vedtak. Tilsynet viste utstrakt bruk av tvang uten at disse forutsetningene var vurdert, og uten at vedtak ble fattet. Tvungen helsehjelp var gjennomført uten vurderinger av

pasientens evne til å gi samtykke og uten at det var vurdert om det var grunnlag for å gi helsehjelp mot pasientens vilje:

*Det gis helsehjelp til pasienter som yter motstand, eller der det er uklart om tiltaket er å anse som tvang, selv om det ikke er fattet vedtak om tvungen somatisk helsehjelp: flere pasienter får knuste medisiner, der hensikten er å omgå motstand..()... Enkelte ganger brukes tiltak som sengehest, belte/bord foran stol, eller spesielle 'nattdresser', uten at det er avklart om dette er å betrakte som tvang.*

*(...) helsepersonell har vært i stellesituasjoner som kan vurderes som en tvangssituasjon (eks. holding av hender, opptil tre pleiere involvert i gjennomføring av stell) uten at dette har medført vurderinger relatert til kap. 4A." (2013: 13)*

Når tvang brukes uten at vedtak er fattet, fører det til at pasienten og pårørende ikke får klagerettigheter på tvangsbruk, og at Fylkesmannen ikke får mulighet til å vurdere og eventuelt overprøve vedtaket.

For det første avdekker tilsynsrapportene at mange ansatte på sykehjem har for lite kunnskap om vurdering av pasienters evne og innsikt i egen situasjon, og om de kan ivareta egne interesser. Samtykkekompetanse er et sentralt begrep når det kommer til omsorg for demente, og helsepersonell må kunne vurdere pasienters evne til å samtykke. Dessuten må ansatte på sykehjem kunne identifisere motstand og vurdere hvordan denne skal håndteres. Dette forutsetter kjennskap til den enkelte pasient og hans/hennes uttrykksmåte. For det tredje viser tilsynsrapportene at man for å unngå tvangsbruk må iverksette tiltak og utvikle metoder ovenfor den enkelte pasient. Rapporten viser at mange ansatte er opptatt av å utvikle slike metoder som alternativer til tvang.

#### *Strukturelle forhold og overordnede tiltak*

Bruk av tvang er ikke noen objektiv situasjon der ting "bare skjer"; både strukturelle forhold og det som skjer i møte mellom beboer og ansatt har betydning for hvordan situasjonen utvikles. Helsetilsynets rapport beskriver flere overordnede tiltak som påvirker tvangsbruken på sykehjemmene. For eksempel kan bruk av ufaglærte og utilstrekkelig opplæring ha betydning. Tvungen helsehjelp er et særlig risikoområde fordi uriktige avgjørelser og feil kan få alvorlige konsekvenser for pasientens rettssikkerhet. Dette kan skje enten ved at tjenester blir gjennomført med bruk av tvang uten at det er hjemmel for det, eller ved at en pasient som mangler



samtykkekompetanse og motsetter seg helsehjelp ikke får nødvendig helsehjelp. Helsetilsynet skriver i oppsummeringsrapporten at denne risikoen kan reduseres dersom kommunen blant annet har forberedt de ansatte gjennom å sørge for at de har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter til å håndtere slike situasjoner. Det rapporteres om ansatte som er usikre på regelverket - og har liten kjennskap til tvungen helsehjelp, hva som ligger i begrepene tvang, motstand og samtykkekompetanse, og hva et gyldig samtykke er:

*De ansatte ved sykehjemmet har lite og tilfeldig kunnskap om pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. De ansatte kjenner i liten grad vilkårene for å benytte tvungen somatisk helsehjelp og var usikre på hvem som kan vedta at slike tiltak kan brukes. (...) Vi mener at våre observasjoner og funn i stor grad kan knyttes til manglende opplæring på området. (2013: 15)*

Funn fra tilsynet avdekket at det i mange virksomheter ikke var avklart og/eller kjent for ansatte hvem som har ansvar for å vurdere samtykkekompetanse, identifisere motstand og eventuelt fatte vedtak om bruk av tvungen helsehjelp. Eksempler fra rapporten viser at det mange steder er uklart hvem som har ansvar for å fatte vedtak etter kapittel 4A.

#### *Pleiere og pasienter på norske sykehjem*

Forskning på tvang i sykehjem viser til liknende funn som det vises til i Helsetilsynets rapport. I denne oppgaven vil jeg legge vekt på nyere forskning utført av Pedersen, Hem, Gjerberg og Førde. De fire er forskere ved Senter for medisinsk etikk, Medisinsk fakultet på Universitetet i Oslo, og har i en artikkelserie presentert funn fra fokusgruppeintervjuer med 60 pleiere fra fem sykehjem. Bakgrunnen for studien er den nylige reguleringen av lovverket som omhandler tvang. Pedersen står som hovedforfatter i artikkelen som ble presentert i sammenheng med redegjørelsen for Pasient- og brukerrettighetsloven tidligere i dette kapitlet. Hem og Gjerberg er hovedforfattere på hver av de to artiklene jeg vil diskutere her. Jeg vil også inkludere en studie av Garden og Hauge som undersøker sykepleieres opplevelser i forbindelse med bruk av tvang ovenfor pasienter på sykehjem.

I artikkelen *How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study* (2013) viser Gjerberg m.fl at ansatte på sykehjem ofte bruker mye tid på unngå

tvangsbruk. Mange ansatte hadde egne "repertoar" med strategier de kunne bruke når pasienter ikke ønsket å gjøre det de ville ha dem til å gjøre. Strategiene innebærer ofte konsekvent språkbruk eller måter å snakke på, for eksempel å informere pasienten om hva som skjer i stedet for å spørre hva hun ønsker: "In stead of asking: do you want to take a shower today, I say: now you are going to take a shower and I will help you" (Gjerberg m.fl. 2013:6). Å prøve igjen ved et senere tidspunkt eller å la en annen ansatt prøve seg er andre eksempler på metoder som brukes for å unngå bruk av tvang. Strategiene kan ses som ulike tillitsskapende tiltak.

Artikkelen *Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang* av Hem m. fl., fokuserer på grenser mellom frivillighet og tvang i omsorgen for personer med demens i sykehjem (2010). I artikkelen beskrives ulike situasjoner der omsorg og pleie skal gis til personer som motsetter seg hjelp, og hvordan personalet erfarer og håndterer disse situasjonene. Resultatene viser at grensene mellom frivillighet og tvang ofte er uklare, og at frivillige situasjoner raskt kan vippe i retning av tvang. Ofte yter ikke pasienten motstand mot selve handlingen, men måten den utføres på (2010: 300). Pleierne i studien hadde en nærmest konstant oppmerksomhet rettet mot hvordan de skulle få gjennomført det de mente at var nødvendige arbeidsoppgaver. De snakket i liten grad eksplisitt om å etablere tillitsfulle relasjoner til pasientene, men ifølge forfatterne ligger det trolig mye godt relasjonsarbeid i "lirke- og luremetodene" som pleierne bruker (2010: 299). Likevel poengteres det at pleierne i enda større grad kan være oppmerksomme på å etablere trygge relasjoner til pasientene, da dette vil øke sannsynligheten for å lykkes med kreativitet og fleksibilitet i samhandlingen. Ifølge forfatterne innebærer dette at pleierne iblant må prioritere samvær med pasientene framfor å gjennomføre praktiske oppgaver (2010: 299). Den balansen pleierne finner fram til, mellom å opprettholde rutiner samtidig som å være var for hva som kreves i ulike situasjoner, trekkes fram som spesielt utfordrende. Å finne tid til samvær med pasientene kan være en vanskelig oppgave, selv om pleierne vet at gode relasjoner er en viktig faktor i arbeidet med å unngå konfrontasjon og tvang.

Garden og Hauge beskriver liknende funn i studien *Kampen for pasientens beste* (2012). I studien ser forskerne på sykepleieres opplevelser i forbindelse med bruk av tvang ovenfor pasienter på sykehjem. Forskerne beskriver "opplevelsen av å ikke nå og ikke forstå pasienten" der de ansatte først forsøker å oppnå frivillig deltakelse fra pasientens

side ved å informere om hensikten med oppgaven og å tilrettelegge for individuelle tiltak i situasjonen. Opplevelsen av å kjenne og være knyttet til pasienten gjør ifølge forskerne at anerkjennelsen og forståelsen for pasientens perspektiv øker. Sykepleierne i studien er kreative med å finne individuelle miljøtiltak for å respondere på pasientens atferd, slik også Gjerberg m.fl. finner i sin studie (2010). Like vel kunne det oppstå tilfeller der de ansatte opplevde å ikke forstå pasienten, og situasjonen endte med tvang. I artikkelen gir Garden og Hauge flere eksempler på hvordan sykepleiere opplever at avdelingens rammer har betydning for tvangsbruk i hverdagen, ofte i form av arbeidspress og kompetansemangel. De ansatte har ansvar for mange pasienter på samme tid, og noen forteller at det kollektive pasientansvaret gir dem en opplevelse av tidsmangel i hverdagen som kan "påvirke atmosfæren i situasjonen og evnen til å gi individuell omsorg". Videre forteller sykepleiere i studien at pasientens motstand mot omsorgstiltak kan skape tilleggsoppgaver og forsterke opplevelsen av å ha knapt med tid. Ifølge Garden og Hauge beskriver også mange av sykepleierne situasjoner der tilgjengelig kunnskap blant personalet har betydning for tvangsbruk, slik også Helsetilsynet viser til i sin rapport. Sykepleierne gir uttrykk for at kunnskap om demens og gode erfaringer fra lignende situasjoner er viktig når man skal finne frivillige omsorgstiltak. Imidlertid kunne sykepleierne føle seg alene fordi det ofte er få ansatte med tilstrekkelig kunnskap om tiltak som kunne forebygges og erstatte tvangsbruk. Det kan synes at mitt arbeid forteller om lignende funn av manglende kunnskaper om demens og om vilkårene for å bruke tvang ovenfor pasienter.

Garden og Hauge diskuterer hvordan mange av sykepleierne til tross for juridisk tilgang til tvangsbruk når tillitsskapende tiltak er forsøkt, opplever skyldfølelse og utilstrekkelighet ved bruk av tvang. Spesielt kom disse følelsene til uttrykk når pasientens reaksjoner mot tiltaket bar preg av overgrep eller der sykepleierne selv opplevde å bli sinte i omsorgshandlingen. Dessuten uttrykker mange av sykepleierne en følelsesmessig byrde som følge av tvang ved at pasientens sårbarhet tydelig kommer til syne i pleiesituasjoner med flere ansatte tilstede. Garden og Hagues funn beskriver en arbeidshverdag preget av stress ved å skulle forene enkeltpasienters omsorgsbehov med ansvar for avdelingen som helhet: "Opplevelse av travelhet syntes vanskelig å forene med tilstedeværelsen som er nødvendig for å nå og forstå pasienten i komplekse situasjoner". Også avdelingens størrelse, pasientgruppens størrelse og personalets evne

til å "være til stede fysisk, mentalt og moralsk" trekkes fram som faktorer som kan påvirke bruken av tvang på sykehjem. Forfatterne konkluderer sin studie med at sykepleierens holdning og evne til å nå og forstå pasienten i hverdagen påvirker bruken av tvang, og at en utfordring for demensomsorgen blir å øke kompetansen til omsorgspersonalet i å gjøre helhetlige vurderinger i tråd med lovbestemmelsens hensikt. Denne konklusjonen er i tråd med det Helsetilsynet finner i sine tilsyn, og med funnene jeg vil presentere senere i denne oppgaven.

Det er et tvetydig bilde som skapes av tvangsbruk på sykehjem. På en side det Garden og Hauge beskriver som "personalets evne til å være til stede fysisk, mentalt og moralsk", og på den annen side er ansattes rapporterte opplevelse av travelhet og utilstrekkelighet i arbeidshverdagen. Litteraturen jeg har tatt utgangspunkt i her skaper et bilde av at helsepersonell strekker seg langt for å unngå tvangsbruk; de utveksler strategier og måter å unngå tvang på, og de fleste er opptatt av å utøve god omsorg ovenfor sine pasienter. Litteraturen viser også at avdelingens rammer og strukturelle forhold ved virksomheten når det kommer til rutiner og kvalitetssikring av disse, bruk av ufaglærte og utilstrekkelig opplæring, kan innvirke på møtet mellom pleiere og pasienter. Gjerberg m.fl. sin studie beskriver ulike typer alternative strategier og rammeverk som ansatte i sykehjem mener at er viktige for å unngå tvangsbruk. Studien illustrerer at det ikke er noen objektiv situasjon der ting "bare skjer", men at både strukturelle forhold og det som skjer i møte mellom beboer og ansatt har betydning for hvordan situasjonen utvikles. Altså kan ikke teknikkene og strategiene for å unngå tvang ses separat, men må ses i lys av de ansattes ressurser og hvordan de organiserer sitt daglige arbeid.

### **2.3 Oppsummering**

Ovenfor har jeg presentert tidligere forskning på feltet, og det teoretiske rammeverket som vil legges til grunn i analysen av intervjumaterialet. Den tidligere forskningen vil settes opp mot funnene i denne studien. Jeg har redegjort for lovverket som omhandler bruk av tvang, og jeg vil senere bruke dette når jeg tolker mine informanters fortellinger. Hvordan- og om lovverket tas i bruk av ansatte vil bli sentralt. Helsetilsynets rapport er landsomfattende, og funnene i rapporten kan gi et bilde av tilstanden på norske sykehjem. Tilsynsrapportene avdekker at mange ansatte på

sykehjem har for få kunnskaper om vurdering av pasienters evne og innsikt i egen situasjon, men at mange også er opptatt av å utvikle metoder som alternativer til tvang. Lignende resultater presenteres i Gjerberg m.fl. og Hem m.fl sine artikler. Flere av funnene i mitt materiale vil knyttes til studiene jeg har presentert her.

## 3 Metodologiske betraktninger

Jeg har i denne oppgaven ønsket å få et bilde av hva hjelpepleiere opplever som utfordrende i konkrete, dagligdagse situasjoner på sykehjem. Derfor har jeg valgt å utføre kvalitative samtaleintervjuer for å få et nyansert og sammensatt inntrykk av dette, med hjelpepleiernes egne ord. Kvalitativ metode gir muligheter til å oppnå en relativt dyp innsikt og forståelse av sosiale fenomener på bakgrunn av fyldige data om personer og situasjoner som studeres (Thagaard 2009: 12). Da mitt empiriske materiale er samlet inn gjennom samtale, vil jeg bruke elementer fra narrativ analyse for å tolke informantenes fortellinger. I dette kapitlet vil jeg redegjøre for hvordan jeg har gått fram i de ulike delene av studien. Jeg vil begrunne valgene jeg har tatt underveis for å vise hvordan min tilnærming og metode er hensiktsmessig for å besvare mine forskningsspørsmål.

### 3.1 Utvalg og rekruttering

Datamaterialet består av kvalitative samtaleintervjuer med et utvalg voksne hjelpepleiere. Utvalget består av 12 kvinner i alderen 35 til 59 år. Alle informantene er etnisk norske. Den ene halvparten jobber ved et sykehjem øst i Oslo, mens den andre arbeider ved et sykehjem lokalisert i en bydel på vestkanten. De fleste av pleierne er bosatt i andre bydeler enn der de arbeider, og alle bor i Oslo. Den yngste har jobbet som hjelpepleier i over 10 år, mens den eldste har vært det i 36 år. Alle pleierne har arbeidet på avdelingen de nå jobber ved i over 8 år. Flere har vært på samme avdeling i nærmere 30 år. Alle informantene er fast ansatt. Det er noe variasjon i stillingsprosent, men de fleste har en stilling på mellom 70 og 100 prosent. Tre pleiere har stillingsprosent som er under 70, men alle disse tar på seg ekstravakter for å få et timeantall i måneden som tilsvarer en 100 prosent stilling. Et av sykehjemmene er kommunalt, og på det andre sykehjemmet har et privat selskap nylig tatt over driften på vegne av Oslo kommune.

Utvalget ble foretatt ved at jeg sendte mail til tre sykehjem, der jeg presenterte prosjektet og kom med en forespørsel om et utvalg hjelpepleiere. Jeg sendte mailen til daglig leder, og informasjonsarbeidere dersom sykehjemmene hadde slik informasjon

tilgjengelig på internett. Ved det ene sykehjemmet brukte jeg kontakter fra min egen arbeidserfaring på sykehjem, og visste hvem jeg skulle spørre. Jeg hadde diskutert prosjektet mitt med vedkommende tidligere, og fikk som lovet hjelp til å finne informanter. På det andre sykehjemmet var jeg heldig og kom i kontakt med en ansatt i administrasjonen som nylig hadde skrevet masteroppgave selv. Han viste stor forståelse for min "situasjon" og ønsket å hjelpe meg. Fra det tredje sykehjemmet fikk jeg ikke svar på min forespørsel.

Jeg beskrev prosjektet mitt til kontaktpersonene på hvert sykehjem, og de formidlet min forespørsel videre til erfarne hjelpepleiere på hvert av sykehjemmene. Denne prosessen gikk raskere enn jeg hadde forestilt meg, og jeg fikk tilsendt lister med e-postadresser til 6 personer på hvert av sykehjemmene. Jeg sendte mail til alle 12 informantene, og takket for at de ønsket å snakke med meg. Videre informerte jeg igjen om formålet med prosjektet, og hva jeg ønsket av dem. Jeg ga forslag til tidspunkt hvor jeg kunne møte hver av dem, og lagde avtaler om intervju tidspunkt fortløpende.

Hva er informantenes motivasjon for å delta i prosjektet? Alle er erfarne hjelpepleiere. Noen av informantene var tilsynelatende mer engasjert i helsepolitikk enn andre. Dette kan være et resultat av måten utvalget er foretatt på. Jeg vet ikke om mine kontaktpersoner har fremmet min forespørsel til flere enn 12 hjelpepleiere, og om de mest engasjerte er de som har takket ja til å delta. Personer med sterke meninger om og interesse for omsorgsyrker og sykehjemsdrift kan være mer tilbøyelige til å ønske å delta i studien. Det kan i så fall være med på å påvirke datamaterialet mitt. Informantene var alle engasjerte og ville gjerne snakke om jobben sin. Det er dokumentert at hjelpepleiere i liten grad har innflytelse på egen arbeidssituasjon, og det kan også ha bidratt til at informantene ønsket å snakke med meg. Alle informantene hadde mange meninger om arbeidsplassen sin. Mitt prosjekt innebærer nødvendigvis at de snakker om jobben sin, og slik ble intervjusituasjonen en arena der informantene opplevde at de ble hørt. Alle pleierne hadde forslag til ting som de mener bør endres på i driften av sykehjem, og hvordan jobben kan gjøres. Mange av pleierne uttrykte at de satt pris på å få snakke om arbeidet sitt til noen som lytter og viser interesse. Jeg diskuterte dette med et familiemedlem som arbeider med rus og psykiatri. Han fortalte om en episode der han ble intervjuet av en forsker om arbeidet han gjør. Å oppleve å få snakke om detaljer ved jobben sin og at noen lytter og viser interesse og engasjement

gjorde at vedkommende nesten ble rørt til tårer. Mennesker som arbeider i omsorgsykker kan oppleve negativ medieomtale og nedlatende holdninger som belastende. Hjelpepleieryrket og det å jobbe på sykehjem er ikke oppfattet som spesielt statuspreget, og dette kan være en faktor som bidrar til at pleierne takker ja til å snakke med meg om arbeidet de gjør.

### **3.2 Intervjuene**

Kvalitative metoder egner seg godt til å undersøke temaer som det er lite forsket på fra før, og hvor det dermed stilles krav til åpenhet og fleksibilitet (Thagaard 2009: 12). Jeg ønsket at intervjuene i så liten grad som mulig skulle være preget av lukkede spørsmål. Et mål med intervjuene var at pleierne skulle oppleve at de kunne fortelle fritt og ta opp emner som de selv ser som relevante, i tillegg til de punktene jeg hadde satt opp i intervjuguiden. Narrativene gir informasjon om hva pleierne tenker om ulike temaer. Et semistrukturert intervju brukes når temaer fra dagliglivet skal forstås ut fra informantenes egne perspektiver (Kvale og Brinkmann 2010: 47). Slik får man muligheten til å innhente beskrivelser av informantenes verden. Det kvalitative forskningsintervjuet søker å forstå verden sett fra intervjupersonens perspektiv, og det innebærer at man undersøker hvordan et fenomen beskrives av menneskene som opplever det. Samtalen skal gi innsikt i dagliglivet til den som intervjues. Utgangspunktet er at måten informantene forstår verden på vil ha betydning for hvordan de handler og samhandler med andre.

#### *Intervjuguiden og bruk av illustrasjoner*

Før jeg begynte med intervjuer, brukte jeg mye tid på å utforme en intervjuguide. Bruk av tvang kan være et følsomt tema, og jeg måtte vurdere hvordan jeg skulle legge opp intervjuet for at informantene ikke opplevde situasjonen som ubehagelig. Jeg endte opp med å utforme en todelt intervjuguide. Den første delen av guiden består av konkrete spørsmål om erfaring, stillingsprosent og andre opplysninger som er enkle å svare på for pleierne. Jeg åpnet for at pleierne kunne snakke fritt og fortelle om arbeidet de utfører, gjennom spørsmål om hvordan de legger opp arbeidsdagen sin og hvordan de opplever å ha primæransvar for pasienter.



Tvang står sentralt i denne oppgaven, og samtaler om tvang spiller nødvendigvis en stor rolle i intervjuene. Utfordringen var å finne ut hvordan jeg bør snakke om tvang for at pleierne skal dele sine tanker og erfaringer om emnet. Jeg vet av egen erfaring at det på sykehjem kan oppstå vanskelige situasjoner som pasienter rimeligvis vil oppfatte som overgrep, og at pleierne ofte er klar over dette selv. Å snakke om og innrømme at man har tatt del i slike vonde episoder kan være vanskelig.

Jeg ønsket ikke å bruke ordet "tvang" i intervjuene, før pleierne selv hadde brukt begrepet. Dette var for å undersøke om "tvang" er en kategori pleierne bruker når de snakker om pleiesituasjoner, og i hvilken kontekst de vektlegger det. Dessuten er tvang et ladet ord, og hadde jeg brukt ordet kunne jeg opplevd at pleierne ble mer oppmerksomme på hva de forteller og hva de unnlater å fortelle. Derfor tok jeg heller utgangspunkt i pasienters motstand mot hjelp når jeg intervjuet informantene mine. Helsetilsynets rapport "Tvil om tvang" (2013) viser at mange pleiere har problemer med å identifisere motstand, og jeg ønsket også å få et klarere bilde av dette fenomenet. Dette aspektet, kombinert med at jeg ville unngå å snakke om tvang på mitt initiativ, gjorde at jeg tok i bruk et litt annerledes hjelpemiddel i intervjuene: jeg fremviste informantene illustrasjoner.

Illustrasjonene tar utgangspunkt i det som kalles ADL – aktiviteter i dagliglivet. Her brukte jeg kvantitative undersøkelser av Kirkevold (2005) som peker på de situasjonene det rapporteres om at tvang oftest brukes i. I tillegg brukte jeg min egen arbeidserfaring fra sykehjem og kom fram til tre situasjoner som jeg ønsket å ta utgangspunkt i. Jeg lyktes til slutt i å hente fram mine kreative evner, og illustrerte følgende situasjoner: en pasient og en pleier i en dusjsituasjon, en pasient og en pleier i en ernæringsituasjon, og en pasient og en pleier i en situasjon der pasienten gjerne vil forlate avdelingen. Disse tre tegningene illustrerer vanlige hendelser på sykehjem: 1) dusj og stell, 2) ernæring og medisiner og 3) vandring og annen krevende atferd. Disse kategoriene utgjør også hvert sitt analysekapittel i denne oppgaven.

Meg bekjent er illustrasjoner lite brukt i intervjuer av denne typen. I samtale med min hovedveileder kom vi fram til at det ville være interessant å se om illustrasjonene ville bringe fram tanker og fortellinger som det ellers ville være vanskelig å "spørre seg fram til". Jeg testet illustrasjonene i et testintervju med en hjelpepleierkollega, og det ble klart for meg at illustrasjonene viste lett gjenkjennelige situasjoner for pleiere på sykehjem.

Jeg forsøkte å introdusere illustrasjonene så lite som mulig, og heller gi informantene tid til å se på bildet og gjøre seg opp noen tanker. Ofte stilte jeg bare spørsmålet ”hva tenker du når du ser dette bildet?”, og mine informanter har i hvert fall ikke problemer med å identifisere motstand når de ser en illustrasjon av det. Jeg opplevde at illustrasjonene ga meg mange og detaljerte fortellinger som beskrev konkrete hendelser fra pleiernes praksis. Ofte viste historiene hva pleierne anser som tvangssituasjoner. Mine oppfølgingsspørsmål gikk ut på å få informanten til å utdype hendelsens kontekst, og hennes egen opplevelse av situasjonen. Ved at pleierne snakket mye om tvang tidlig i beskrivelsene, og at de ga meg mange og detaljerte fortellinger, kunne jeg i senere analyser få et klart bilde av deres egen forståelse av tvangsbegrepet.

Intervjuene har vært semistrukturerte. Det vil si at jeg har forholdt meg til den samme intervjuguiden i alle intervjuene, men rekkefølgen på spørsmålene har variert ettersom hva informantene har tatt opp på eget initiativ. Alle spørsmålene har heller ikke vært like relevante i alle intervjuene. Jeg opplevde at mange snakket mye, lenge og svarte på flere av mine kommende spørsmål. Jeg stilte også ulike oppfølgingsspørsmål når det var behov for det. Dette var også for å skape en naturlig flyt i samtalen. Å være en god lytter er svært viktig i et kvalitativt forskningsintervju, og spesielt viktig er det når man ønsker å få tak i informantenes egne fortellinger (Thaagaard 2009: 102). Min opplevelse var at pleierne var åpne og villige til å fortelle, noe som gjorde det enkelt for meg å lytte. Dessuten er jeg kjent med mange av aspektene ved deres arbeidshverdag, og det gjorde at jeg raskt kunne komme med relevante oppfølgingsspørsmål.

Som nevnt fikk jeg gode tilbakemeldinger på intervjuene. Flere av informantene sa at de nærmest opplevde det som terapeutisk å få snakke fritt om arbeidet sitt til noen som lytter interessert. Flere fortalte også at de satt pris på å reflektere over de ulike temaene. Noen av pleierne uttrykte at de hadde vært bekymret for vanskelige spørsmål i forkant av intervjuet, og uttrykte lettelse over at det var deres egne erfaringer jeg var opptatt av.

### *Gjennomføring av intervjuene – hvor og hvordan*

Da jeg tok kontakt med informantene første gang via mail, fikk de et informasjonsskriv. Der ble det informert om hva prosjektet handlet om, kontaktinformasjon, anonymitet og at de når som helst kunne trekke seg fra å delta i prosjektet. Jeg listet også opp

tidspunkt som passet for meg, og dersom de samtykket til å delta ba jeg dem om å sende meg en mail for å bekrefte dette, med et tidspunkt for intervju som kunne passet for dem. For å gjøre det så beileilig som mulig for informantene å delta i undersøkelsen, foreslo jeg at intervjuet ble gjennomført på deres arbeidsplass. Informantene satt pris på å kunne gjennomføre intervjuet i sammenheng med at de gikk av eller på vakt. Jeg avtalte med resepsjonisten på hvert av sykehjemmene at jeg fikk låne et møterom som vi uforstyrret kunne bruke.

Før hvert intervju informerte jeg på nytt om formålet med forskningsprosjektet, anonymitet, hvordan dataene skulle behandles og hva de skulle brukes til. Før og etter intervjuet spurte jeg også om informantene hadde spørsmål. Jeg valgte å bruke båndopptaker til å ta opp lyd, slik at jeg kunne fokusere på og vise interesse for det informanten sa. Slik ble også intervjuet mer samtalepreget enn det ville blitt dersom jeg skulle skrevet mye notater underveis.

Noen av informantene var bekymret for om det ville være noen vanskelige spørsmål, og om de ville svare "riktig" på spørsmålene mine. Derfor var det viktig for meg å gjøre det klart før intervjuet at det var deres egne tanker og erfaringer som jeg var interessert i, og at det ikke var noen svar som var riktige eller gale.

Intervjuene varte i mellom 50 og 90 minutter. Informantene virket rolige og avslappet, og jeg opplevde at de var opptatt av å gi meg detaljerte beskrivelser av ting de hadde opplevd, slik jeg ba om innledningsvis. Det at noen intervjuer tok lenger tid enn andre, tror jeg kommer av at enkelte hadde mye på hjertet. I noen intervjuer gikk mye tid med på å snakke om for eksempel kommunale sykehjem i forhold til privat drift, og konsekvensene av konkurranse om driften av sykehjem i Oslo. Andre var mer opptatt av hvordan man kan bidra til økt matlyst hos pasientene ved bruk av mer frukt og grønnsaker, og ønsket å snakke om dette temaet. Jeg ønsket at pleierne skulle føle at de ble lyttet til, og jeg var åpen for å snakke om ting som opptar dem. Min egen erfaring fra sykehjem gjorde at jeg kunne utveksle erfaringer med pleierne. Jeg tror dette bidro til åpenheten og tilliten jeg ble vist i intervjusituasjonene.

### 3.3 Relasjonen mellom informanten og meg

I en intervjusituasjon er det i utgangspunktet et asymmetrisk forhold mellom forsker og informant. Fordi forskeren stiller spørsmål, definerer og kontrollerer samtalen, er ikke forskningsintervjuet en konversasjon mellom likeverdige deltakere (Kvale og Brinkmann 2010: 23). Til tross for dette opplevde jeg ikke at intervjusituasjonen med mine informanter var preget av asymmetri i stor grad. Informantene kan ha hatt en annen opplevelse, men det kan jeg ikke si noe sikkert om her. Min oppfatning av situasjonen var at informantene virket avslappede og snakket fritt om emnene jeg (og de) tok opp.

For å etablere tillit i intervjusituasjonen er det viktig at forskeren unngår å skape avstand til informanten. Sosial avstand kan føre til at informanten holder tilbake informasjon fordi hun er skeptisk til det forskeren representerer (Thagaard 2009: 104). Thagaard poengterer at når undersøkelsen foregår innenfor et miljø som forskeren er kjent med eller har deltatt i over lengre tid, vil den sosiale avstanden mellom forsker og informant reduseres (2009: 104). Etersom jeg selv har jobbet med demente på sykehjem i flere år, kunne jeg snakke om arbeidet på en måte som informantene kjenner igjen. Som pleieassistent (ufaglært) og ekstravakt kunne jeg likevel stille spørsmål som hjelpepleierne kanskje oppfatter som opplagte, og få grundige svar. Informantene mine er eldre enn meg og har mye mer erfaring innenfor omsorgsyirket enn jeg har. Jeg opplevde at de så på meg mer som en student enn som en forsker, og dette kan ha å gjøre med aldersforskjell. Mange av informantene har barn på min alder. Samtidig merket jeg at de ikke var kjent med forskningsprosessen og at når jeg presenterte prosjektet kan ha skapt en viss sosial avstand til informantene. Jeg fikk en følelse av at mange ikke forsto hvordan og hvorfor jeg skulle forske på dette. Under intervjuene forsøkte jeg derfor å legge mer vekt på at jeg er yngre og har mindre erfaring innenfor deres felt enn de har, og slik opplevde jeg at den sosiale avstanden ble mindre.

Utfordringene mine under intervjuene ble å 1) ikke skape sosial avstand med min posisjon som student og informantens posisjon som pleiere, uten at det resulterte i at jeg unngikk gravende spørsmål eller at jeg gikk ut av min rolle, og 2) unngå å legge for mye vekt på min egen erfaring med demente slik at pleierne unnlot å snakke om "selvsagte" sider ved arbeidet deres, 3) like vel måtte ikke aldersforskjell og ulik grad av erfaring gjøre at informantene så ned på meg og forenklet sine fortellinger. Jeg

opplevde at jeg mestret denne balansegangen bra, og jeg merket raskt hvordan min rolle kunne håndtere informasjonen jeg fikk fra informantene. Hvordan jeg balanserte dette har nok hatt betydning, og jeg tror det var på en slik måte at det skaffet data som egner seg godt til å belyse min problemstilling.

Betydningen av å etablere en god og tillitsfull atmosfære i intervjusituasjonen kan ikke overvurderes (Thagaard 2009: 105). I intervjuene opplevde jeg flere ganger at informantene avbrøt meg fordi de ville begynne å svare før jeg hadde stilt ferdig et spørsmål. Mange ønsket å snakke mer om ting vi tidligere hadde diskutert, etter at intervjuet var ferdig og jeg spurte om det var noe annet de ville si som de hadde kommet på underveis. En slik pågående atferd fra informantene er ifølge Thagaard et uttrykk for at informanten ikke føler seg underordnet i intervjusituasjonen (2009: 107). At informantene var åpne og fortalte om vanskelige situasjoner i egen praksis tolker jeg også som at de følte seg trygge på meg.

### **3.4 Analysen av intervjuene**

Intervjuene ble tatt opp på båndopptaker, og transkribert fortløpende. Etter de første intervjuene var transkribert, brukte jeg disse som utgangspunkt for hva jeg ønsket å utforske nærmere i de neste intervjuene. Slik fikk jeg mulighet til å utdype interessante temaer. Analysen pågikk altså delvis parallelt med intervjuene. Informantenes fortellinger danner grunnlaget for denne studien, og derfor ville jeg ha et materiale som ga meg mulighet til å hente ut detaljerte sitater fra informantene. Informantenes egen stemme kommer fram ved at jeg bruker mange sitater i analysene, og de ulike temaene belyses ved at jeg har plukket ut sitater som er typiske for informantenes fortellinger. Dersom informantene har vært splittet i sine fremstillinger, har jeg brukt sitater som belyser hvordan fortellingene deres skiller seg fra hverandre.

Formålet med denne studien er ikke å teste bestemte teoretiske perspektiver. Jeg ønsket å la materialet snakke for seg selv, uten å prøve å få det til å "passe inn" i ferdige teorier. Denne fremgangsmåten er inspirert av "Grounded Theory", utviklet av Glaser og Strauss (Strauss og Corbin 1990). Fordi man har en gitt forforståelse av temaet lar det seg ikke gjøre å analysere materialet forutsetningsfritt, men jeg forsøkte å minst mulig la meg låse til en bestemt tolkning tidlig i prosessen. Min egen erfaring og interesse for

temaet, samt foreliggende litteratur på feltet, har rimeligvis farget innfallsvinkelen. Ved å ikke ta utgangspunkt i konkrete fenomener som bruk av tvang og tillitsskapende tiltak i intervjuene, men i stedet å ta utgangspunkt i pleiesituasjoner og typiske hendelser på sykehjem, håpet jeg å få et nyansert bilde av hjelpepleiernes praksis. Ved å ha en åpen tilnærming til feltet ville mange perspektiver belyses. Materialet har blitt gjennomgått i flere omganger, både som helhet og inndelt etter hendelsene som illustrasjonene tar utgangspunkt i. Med en slik fremgangsmåte kunne jeg se hvilke tendenser som går igjen i fortellingene mer generelt, og hvilke aspekter som er typiske i avgrensede situasjoner. I analysen bruker jeg elementer fra narrativ analyse for å forstå det empiriske materialet. Narrativ analyse vektlegger tekstens mening og dens språklige form, og slik behandles temporale og sosiale strukturer og handlingene i intervjusituasjonene (Kvale og Brinkmann 2010: 229). Ved å bruke fortellinger skapes sammenheng i opplevelser og erfaring som er tidsmessig adskilt. Fortellingene knytter intensjon, handling og resultat sammen, og slik kan man retrospektivt forklare og fortolke menneskers handlinger og følelser (Horsdal 1999: 11). Gjennom informantenes fortellinger undersøker jeg deres verdiorienteringer og selvoppfattelser, og deres tolkninger av gitte situasjoner og tilværelser. Slik kan det dannes et bilde av hvilke faktorer som må legges til grunn når man skal forklare bruk av tvang på sykehjem.

Et intervju reflekterer hva en person føler og mener på et bestemt tidspunkt og i en bestemt kontekst (Repstad 1998: 79). Derfor kan det knyttes metodiske problemer til retrospektive intervjuer. Analysen i min studie baserer seg hovedsakelig på fortellinger informantene har gitt om ulike situasjoner de har opplevd i sitt arbeid. Informantene kan ha glemt hendelser de har opplevd og følelser og meninger de har hatt. Hovedproblemet med retrospektive intervjuer er at mennesker gjerne gjenkaller fortida gjennom begreper og tenkemåter de har tilegnet seg senere. Dette kan gjøre det vanskelig å få et autentisk bilde av stemninger og tenkemåter fra fortiden. Mine informanter har arbeidet lenge, og mye har endret seg i måten sykehjem driftes på. Mange snakket om "før i tida" og nåtid som to ulike måter å behandle demente pasienter på. Deres arbeid er kontinuerlig og det er rimelig å anta at pleierne har en konkret tenkemåte rundt sitt arbeid. Det er også variasjon i tidsperspektiv når det gjelder fortellingene jeg har tatt utgangspunkt i. Noen av historiene hendte for mange år siden, men de fleste historiene er typiske for arbeidshverdagen som informantene befinner seg i her og nå. Likevel må det tas i betraktning at pleierne kan huske feil, eller

at de er preget av sitt nåværende ståsted. Man husker konkrete hendelser bedre enn man husker følelser og tanker, og derfor er det metodisk lurt å knytte intervjuene til konkrete hendelser og opplevelser i stedet for å be om redegjørelser for hva noen mente tidligere (Repstad 1998: 79). Min tilnærming har vært å la informantene fortelle om ulike hendelser i deres arbeidshverdag. Hvilke tanker og følelser de knytter til de ulike hendelsene vil derfor ikke være løsrevet fra tidligere hendelser eller deres generelle opplevelse av arbeidet. Likevel er det viktig å understreke at det er fortellingen om pleiesituasjonene som studeres her, og hvordan mening konstrueres gjennom denne fortellingen.

### **3.5 Min rolle og relasjon til temaet**

Det er flere grunner til at jeg valgte å studere bruk av tvang på sykehjem. I arbeidet med dette prosjektet har det gradvis blitt tydeligere for meg at denne oppgaven egentlig er resultatet av at jeg i alle årene som sosiologistudent også har vært pleieassistent. Noen ganger har jeg følt meg mer som det ene enn det andre. Jeg har fulgt debatten i media fordi jeg er engasjert i samfunnspolitiske spørsmål, men også fordi jeg har erfaring med arbeid på sykehjem selv. Jeg opplever arbeidet med demente som meningsfullt, og har ansett mye av medieomtalen som urettferdig. I møter med andre mennesker har jeg også fått føle på fordommer og nedlatende holdninger til yrker som går ut på å "vaske rumper og skifte bleier". Det som skiller meg fra de fleste av mine kolleger, er at jeg har en rolle som student å "rømme" til. Jeg er på vei til et annet sted, og det som er permanent i deres liv er for meg en måte å takle Oslos boligpriser på, i tillegg til det Lånekassen bidrar med. Noen jobber i butikk, og noen ganske få velger å jobbe på sykehjem. Jeg tror mitt valg av deltidsjobb har bidratt til at dette prosjektet så dagens lys. I hvert fall har jobben min på sykehjem vært avgjørende i valg av tema da jeg bestemte meg for å skrive masteroppgave i sosiologi. Selv om jeg kanskje ikke har lagt så mye vekt på det der og da, så har det i arbeidet med denne oppgaven blitt svært tydelig for meg hva som skjer når du plasserer en sosiologistudent i en institusjon mange timer i uka i flere år. Du ser på jobben din på en litt annen måte enn det kollegene dine gjør. Delvis er det fordi jeg har distansert meg litt fra det hele, tenkt at det ikke angår meg i lik grad som det angår dem. Jeg skal jo ikke jobbe på sykehjem for resten av livet mitt. Men jeg liker å tro at jeg som student har lært noe om sosiale mekanismer som gjorde at jeg etter hvert begynte å se på arbeidet mitt med et såkalt

”sosiologisk blikk”. Selv om jeg har opplevd mye av den negative medieomtalen av sykehjem som urettferdig, har jeg selv stilt meg kritisk til mye av det jeg har sett i jobben min. Det som har slått meg oftest, er at mye av det som skjer på sykehjem tilsynelatende ”bare skjer”, uten at noen kan gi en fullverdig begrunnelse for hvorfor noe gjøres akkurat slik. Hvorfor får noen pasienter intravenøs behandling når de bevisst slutter å spise, mens noen ikke får det? Hvordan kan én eller to personers oppfatning av en pasients ”livskvalitet” bestemme hvem som skal få behandling for lungebetennelse og hvem som skal dø av det? Noen ganger har jeg bare latt meg fascinere, andre ganger har jeg blitt opprørt. Og dette med tvang er noe av det som har opptatt meg mest. Tvang er vanskelig, og når jeg har snakket om temaet med kolleger har det ofte ført til diskusjoner. Det tidligere nevnte ”det bare er sånn”-fenomenet har vært spesielt fremtredende når det kommer til tvangsbruk, og når jeg i jobben min har sett på lovverket har jeg blitt overrasket over hvordan det tidvis skiller seg fra praksisen jeg har vært vitne til og deltatt i på min arbeidsplass.

Jeg har flere ganger vurdert om det ville være lurt å studere et tema som jeg er nært knyttet til. Nærhet til temaet kan være problematisk. Det kan gjøre det vanskelig å opprettholde distanse og uavhengighet, og bevissthet rundt slike innvendinger er noe som stadig må huskes på og tas opp til vurdering underveis i forskningen. Jeg har jobbet på sykehjemmet jeg jobber ved som vanlig når jeg har jobbet med denne studien, og på den måten har studien og dens problemstillinger hele tiden blitt vurdert og sett på med nye perspektiver mens jeg har vært pleieassistent på jobb. Jeg har vært på vakt med hjelpepleiere og diskutert ulike temaer med dem. Likevel opplever jeg ikke at mangelen på fysisk avstand fra temaet har vært problematisk, snarere tvert imot. Informantene jeg har intervjuet er ikke mennesker jeg ellers har kjennskap til eller kontakt med. Å forske på ”hjemmebane” kan være motiverende, og jeg opplevde at min personlige interesse gjorde det enklere å takle utfordringene med å skrive en masteroppgave. Forhåndskunnskapene og erfaringen min gjorde det også lettere å forstå det informantene fortalte meg, og det bidro til å skape en mer tillitsfull intervjusituasjon. Jeg opplevde også at jeg hadde gode forutsetninger for å analysere materialet fordi jeg og informantene ofte hadde en felles forståelse av språk og kategorier som ble brukt i intervjuene. Min kjennskap til omsorgsarbeidet og dets utfordrende sider gjør at jeg forstår konteksten i informantenes fortellinger. Samtidig kan det gjøre at ting tas for gitt



i intervjusituasjonene, og at man overser interessante aspekter. Derfor var det viktig for meg å ha en åpen tilnærming i intervjuene, og la informantene få snakke om ting som opptar dem i deres arbeidshverdag uten at jeg nødvendigvis spurte om det. Jeg har vært bevisst på min nærhet til temaet i hele prosessen, og jeg har stadig vurdert min rolle i de ulike fasene av prosjektet.

Kombinasjonen av konkrete spørsmål og fortellinger kan bidra til å gi leseren en bedre forståelse av koblingen mellom informantenes forutsetninger og begrunnelsene for deres handlinger. Jeg har vært opptatt av at informantene ikke må misforstås eller fremstilles på en uriktig måte i analysen. Dermed har jeg vært bevisst på hvordan jeg skal gi leseren en forståelse av bakgrunnen for de valgene som tas i de ulike pleiesituasjonene. Samtidig som jeg har kreditert pleierne for deres holdninger, tålmodighet og kreativitet i arbeidet deres, har jeg også måttet beskrive handlinger jeg har oppfattet som kritikkverdige. Jeg har måttet være svært bevisst på hva slags bilde jeg gir av hjelpepleierne i denne studien, og underveis i analysearbeidet har dette perspektivet endret seg flere ganger. Tidvis har det vært utfordrende å skulle bevare informantenes egen stemme og samtidig deres integritet.

### **3.6 Etske refleksjoner**

Det slo meg under intervjuene hvor åpne informantene var mot meg. Ifølge Wideberg (2001, gjengitt i Dahle 2006: 23) er åpenhet knyttet til makt og posisjoner. Personer med makt har større mulighet til å styre hva slags informasjon de gir fra seg enn andre. Hjelpepleiernes åpenhet har sammenheng med deres plassering lavt i et hierarki. I tillegg er de lite kjent med forskningsprosessen og hva deres utsagn skal brukes til. Dermed blir deres integritet overlatt til meg, og jeg har forsøkt å bevare denne etter beste evne.

Ethvert forskningsprosjekt har som utgangspunkt et prinsipp om deltakerens informerte samtykke til å delta i prosjektet (Thagaard 2009: 27). Som nevnt ble dette utført ved at informantene fikk tilsendt informasjon om prosjektet fra meg. De fikk også informasjon fra kontaktpersonen på hvert av sykehjemmene før de sa ja til å oppgi kontaktinformasjon til meg. Hvert intervju ble innledet med at informanten fikk informasjon om hvordan materialet skulle behandles og hva det skulle brukes til. Det

var begrenset hvor mye informasjon jeg kunne oppgi om prosjektet i intervju situasjonen. Det kan være vanskelig å gi et fullstendig bilde av hva deltakelse i prosjektet innebærer, spesielt fordi intervjuene gjerne skjer i en tidlig fase av prosjektet (Thagaard 2009: 26). Studien ble meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste.

Et annet grunnprinsipp for etisk forsvarlig forskningspraksis er kravet om konfidensialitet. Informantene i denne studien er anonymisert. Alle navn er fiktive, og jeg har endret eller fjernet personidentifiserbare opplysninger på en slik måte at det ikke påvirker meningen i utsagnet.

Etiske hensyn har vært viktige gjennom hele forskningsprosjektet. I tillegg til de nevnte prinsippene ovenfor, har jeg vært opptatt av konsekvensene undersøkelsen kan ha for informantene. Mitt etiske ansvar som forsker innebærer å beskytte informantenes integritet ved å forsøke å unngå at forskningen får negative konsekvenser for deltakerne (Thagaard 2009: 29). Dersom informantene kjenner igjen egne utsagn i teksten, men i en analytisk sammenheng utviklet av meg, kan det oppleves som vanskelig. Spesielt kan det være problematisk dersom min tolkning skiller seg fra informantens egen forståelse. Jeg tror denne faktoren kan være forminset ved at jeg har kjennskap til konteksten i informantenes fortellinger.

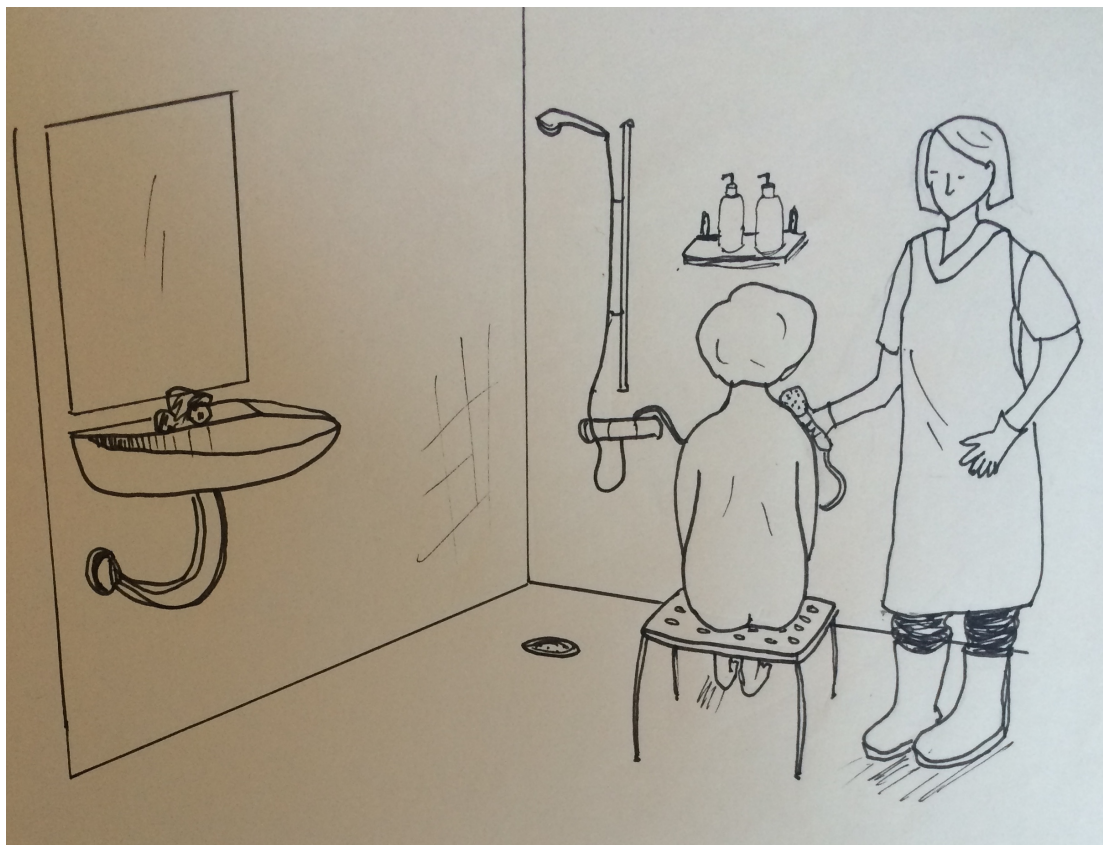
## 4 Dusj, vask og stell av pasienter

I dette kapitlet tar jeg utgangspunkt i informantenes fortellinger om dusjsituasjoner. Ifølge Miller er dusjing er den aktiviteten i dagliglivet som oftest fremprovoserer aggressiv atferd blant demenspasienter på sykehjem (Miller 1997). Flere andre studier peker også ut dusjing som en av de mer krevende dagligaktivitetene i sykehjem (se bl.a. Skovdahl 2003; Gjerberg 2013). Demens er uten tvil den største enkeltkilden til etiske dilemmaer i eldreomsorgen (Skovdahl m.fl. 2003), og dusjing er situasjoner der slike dilemmaer lett oppstår.

Målet med kapitlet er først og fremst å gi et bilde av hva pleierne opplever som utfordrende med dusjsituasjoner. Jeg har valgt å vie mye plass til å beskrive deres strategier og metoder for å unngå konflikt og bruk av tvang. Jeg ønsker å beskrive hvilke faktorer som avgjør hvorvidt en dusjsituasjon ender med tvang eller ikke. Derfor skiller jeg tidlig i kapitlet mellom det jeg kaller "dagligdusj" og "nødvendighetsdusj". Det er flere perspektiver som kan bidra til å forklare hvilke faktorer som ligger til grunn for pleiernes strategier og hvorvidt disse fungerer eller ikke. Her har jeg valgt å ta utgangspunkt i Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A når jeg diskuterer funnene i intervjumaterialet. For å hindre at det gjennomføres helsehjelp mot pasienters vilje, skal pleiere ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven først forsøke å bearbeide pasientens motstand med tillitsskapende tiltak. Pleierne skal forsøke å få pasienten til å forstå at det er i hennes eller hans interesse å ta imot hjelpen. Slik kan man gjennomføre helsehjelpen uten tvang, dersom pasienten oppgir motstanden.

For å diskutere pleiernes strategier tar jeg utgangspunkt i Webers definisjon av makt, og da spesielt autoritet som en legitim form for makt. Pleierne er avhengige av bruken av en viss autoritet for å få gjennomført dusjing av pasientene, og denne makten kan raskt vippe over til å bli maktmisbruk i visse tilfeller. Materialet viser samtidig at et uttalt maktforhold mellom pleier og pasient er noe pleierne forsøker å unngå.

## 4.1 Materialet



Figur 1 - Forfatters illustrasjon av dusjsituasjon på sykehjem, vist til informantene under intervjuet.

Alle hjelpepleierne jeg snakket med hadde mye å fortelle om dusjsituasjoner og stell av pasienter. Flere trakk på smilebåndet da de fikk se illustrasjonen av pasient og pleier i en typisk dusjsituasjon på et sykehjem. Jeg fikk en følelse av at mange kanskje ble lettet over å se at vi skulle snakke om en situasjon de vet at de kan mye om, og har mye erfaring med. Dette tenker jeg fordi flere av hjelpepleierne uttrykte før intervjuet at de var spente på hva vi skulle snakke om, og om det ville "komme noen vanskelige spørsmål". Dusjing (eller snarere ikke-dusjing) har også vært et omdiskutert tema i sykehjemsdebatten (TV2 21.08.13, NRK 30.11.13). Samtalen med meg var nok ikke første gang de har delt egne erfaringer med dusjing av pasienter på sykehjem. I denne delen vil jeg forsøke å gi et bilde av hvordan dusjing foregår på sykehjem. Her tar jeg utgangspunkt i pleiernes fortellinger om hvordan de planlegger og gjennomfører dusjing av pasienter. Hjelpepleiernes holdninger til og tanker om dusj på sykehjem kommer fram her. Deretter vil jeg mer inngående diskutere hvordan tvangen oppstår i dusjsituasjoner, og hvordan pleierne snakker om dette. Pleiernes strategier og metoder for å gjennomføre dusjen vil hele tiden stå sentralt.

#### 4.1.1 "Det er kaldt å dusje"

Dusjing er en måte å opprettholde sin personlige hygiene på. Man får vasket hele kroppen og håret, og det varme vannet skyller vekk skitt og smuss. Den nydusjede følelsen er verdsatt av mange, og flere ser nok på dusjen som noe mer enn bare en grundig kroppsvask. Følelsen av velvære, og å være ren og velstelt kan være vel så viktig. De fleste mennesker er opptatt av, og setter pris på å kunne ivareta sin personlige hygiene. Med årene svekkes kroppens funksjonsnivå, og dusjen kan oppleves som krevende og utmattende for eldre mennesker. Kanskje blir det vanskelig å bøye seg for å hente sjampo og såpe, eller å strekke armene opp for å vaske håret. Man har tidligere opplevd å falle og slå seg, og er nå redd for å skli på de glatte flisene. Det kan oppleves som slitsomt å skulle tørke hele kroppen med et håndkle etterpå, dessuten er det kaldt utenfor dusjen. Det tar tid å få varme i kroppen igjen. For demente pasienter på sykehjem vil dusjen i tillegg utføres av et annet menneske. Kanskje noen med et ansikt du gjenkjenner, men det kan også være en person du ikke vet hvem er.

#### *Strategier for å ikke få "nei"*

Informantene snakket om dusjing med det utgangspunkt at pasienter egentlig ikke ønsker dusj – det er normen. Dusjing er en av situasjonene informantene oftest opplevde som krevende. Med utgangspunkt i at beboeren ikke ønsker å dusje, må forberedelsen til dusjen starte lenge før dusjingen faktisk finner sted. Flere fortalte at "vanlige" stell gjerne lot seg gjøre uten problemer, men at pasienter ofte ikke ønsker å dusje.

Informantene hadde flere forklaringer på dette:

*Mange blir jo veldig slitne etterpå, syns det er kaldt. Noen tror jeg også misliker at det er en mann som kommer og spør. At de egentlig ikke vil at den personen skal gjøre det, og så tør de ikke å si det.*

En vanlig forklaring er at de eldre opplever det som et ork å dusje. Noen av informantene påpekte også at pasienten kan oppleve det som nedverdiggende og uvant å skulle bli dusjet av et annet menneske. Noen har også hatt opplevelser tidligere i livet som gjør at de opplever det som vanskelig å for eksempel kle seg naken:

*Det tror jeg er at dem ikke er vant med dusj og sånt. Og noen kanskje har opplevd noe... Det vet vi jo ikke. Jeg har hørt at folk har tatt ei i dusjen, og hun hylar. Så jeg har sagt at la være... Så hun har nok opplevd noe, for hun virker faktisk redd. Og så er det jo veldig sånn... Intimt, komme så nært. Sikkert ikke alle som liker å sitte sånn naken, det er jo kaldt og...*

Informantene er alle erfarne hjelpepleiere, og de har utviklet flere ulike strategier som tas i bruk før og i dusjsituasjoner. Flere av informantene påpeker at planlegging og god kommunikasjon er viktig når man skal hjelpe pasienter til å dusje. Hilde har jobbet på samme avdeling i 16 år, og forteller her hvordan hun forbereder og tilrettelegger dusjsituasjonen:

*Noen ganger har jeg jo faste avtaler med de, at vi skal dusje i morgen. Og så har jeg noen som jeg kanskje har kjørt inn på badet og så snakker vi og lager en god og trygg atmosfære og liksom "kanskje det hadde vært godt å tatt en dusj, nå er det snart helg og kanskje du får besøk og..." at du lager en litt koselig tid da. Og at nå skal du få rulla håret ditt og ordna deg og liksom tilrettelagt sånn at du slipper å løpe ut og inn av rommet å hente ting, at alt er der sånn at du får en god opplevelse. Slipper å fryse og vente på meg.*

Dusjen krever mye forberedelse. Ikke bare skal pleieren tilrettelegge og gjøre alt klart for å få gjennomført dusjen, men de skal skape en situasjon, en stemning seg og pasienten imellom som skal bidra til å minimere sjansene for å få et "nei, jeg vil ikke". Denne "jobben for ikke å få nei" går igjen i flere av historiene informantene forteller om dusjsituasjoner. Når det gjelder dusj av pasienter er det altså jobben man gjør før dusjen som gjerne oppleves som utfordrende av pleierne. Ved å tilrettelegge stedet og kommunisere på spesielle måter, opplever pleierne at man øker sjansen for at pasienten selv ønsker å dusje, og de unngår situasjoner som oppleves som enda mer krevende.

Illustrasjonen informantene fikk se under intervjuet viser en typisk dusjsituasjon på et sykehjem. Ingen av informantene hadde innvendinger eller var uenige i min fremstilling av dusjsituasjonen. Bildet viser en pasient, naken. Vedkomne sitter på en dusjstol midt i dusjen. Pleieren står ved siden av pasienten. Mens pasienten er helt avkledd, er pleieren iført nærmest en rustning av plagg som beskyttelse mot vannet. Gummistøvler, stellefrakk i plast og lange plasthansker. Det er åpenbart at situasjonen innebærer helt ulike opplevelser for de to som er involvert. Pleieren skal dusje pasienten og overbevise henne om at det vil bli en fin opplevelse som hun har godt av. Likevel går pleieren langt i

å beskytte seg selv fra nettopp det pasienten skal oppleve – å få vann på kroppen. Alle mine informanter nevnte ett aspekt da vi snakket om dusjing: pasienten synes det er kaldt å dusje. Mens pleieren står fullt påkledd og pakket inn i beskyttende plast, er pasienten fullstendig naken og ubeskyttet. Hun fryser. Ofte bruker pleierne dette aspektet i sine overtalelsesstrategier når de forsøker å få pasienten til å samtykke til dusj. Argumenter som ”jeg skal skru opp varmen på badet”, ”du slipper å fryse” og ”det blir godt og varmt for deg” ble hyppig nevnt av pleierne jeg snakket med. Flere planla dusjen og satte opp baderomstemperaturen god tid i forveien. Pleierne er altså klar over at dusjen kan oppleves som ubehagelig for pasienten. Det er vanskelig å skulle dusje et annet menneske og gjøre det til en behagelig opplevelse for vedkomne. Rent teknisk er det svært mye som må være på plass. Hvordan får du vannet akkurat passe varmt når noen andre styrer temperaturen?

Det er denne åpenbare og skjeve maktfordelingen mellom pleier og pasient som jeg antar at ligger bak mange av konfliktene som oppstår i dusjsituasjoner. Pasienten er ubeskyttet, våt, naken og kald. Pleieren er tørr og varm, og er den som styrer situasjonen. Som nevnt opplever pleierne stort sett at vanlige stell lar seg gjennomføre uten problemer. I disse situasjonene er pleierne iført sin vanlige uniform, en bukse og tilhørende overdel. Pasienten får gjerne vaske seg selv med veiledning fra pleier, og hun får hjelp der hun ikke selv strekker til. Pasienten kler på seg, og ikke av seg. Hun fryser ikke. Dette skillet mellom vanlige stell og dusj tror jeg kan være noe av årsaken til at flere pasienter motsetter seg dusj. Ikke minst tolker jeg det slik at ydmykelsen pasienten opplever kan bidra til at tvang oftere skjer i dusjsituasjoner enn i vanlige stell. Pasienten vil forsøke å utjevne noe av den skjeve maktfordelingen i situasjonen, og slik kan pasientens følelse av ydmykelse bli til motstand. Jeg tror mange tvangssituasjoner oppstår på denne måten. Dette kommer jeg tilbake til senere i kapitlet.

### *Strategier når man får ”nei”*

Halvparten av hjelpepleierne jeg snakket med jobber på sykehjemsavdelinger der pasientene har egen dusj på badet sitt. Her er dusjen gjerne plassert rundt toalettet, slik at pasienten kan bruke toalettet som dusjstol. Det finnes et dusjhode plassert på vegg over, som en vanlig dusj, og en hånddusj ved siden av toalettet. Sistnevnte beskrives av pleierne som svært praktisk, da den gjør det mulig å vaske en pasient grundig nedentil uten ”alt styret” en kroppsdusj medfører. Den andre halvparten av pleierne jobbet på

avdelinger der 13-18 pasienter delte på en eller to dusjer. Disse dusjene er plassert i egne rom i korridoren på avdelingen. Pleierne beskrev dusjrommet som et lager for rullestoler og forflytningshjelpemidler som måtte tømmes hver gang en pasient skulle dusje. Det er ikke overraskende at pleierne som jobber på avdelinger der hver pasient har sin egen dusj, har et mer avslappet forhold til dusjing av pasienter enn de andre pleierne; om fru Hansen ikke vil dusje i dag, krever det ikke mye planlegging å gjennomføre dusjen dagen etter i stedet. På avdelingene der pasientene deler på dusjen, har pasientene gjerne faste dusjdager hver uke. Pleieren som har primæransvar for pasienten har ansvar for at vedkomne dusjes på denne dagen, for eksempel skal fru Hansen dusje hver tirsdag. For disse pleierne kan det være mer problematisk dersom fru Hansen ikke ønsker å dusje denne tirsdagen, da dusjen er reservert av andre dagen etter.

Informantene har utviklet metoder som bidrar til at de får gjennomført stell og dusj av pasienter slik de har planlagt. De fleste av informantene understreker at de stort sett føler at disse strategiene fungerer. Første steg er å unngå å få nei til svar. Når disse strategiene ikke fungerer, må det nye strategier til. Strategiene er mange, og det er de samme metodene som nevnes av alle pleierne. Hva gjør man når man får nei til svar?

#### 1. Argumentere, overtale, true

Første strategi når man får nei til svar, er ofte å forsøke å endre pasientens mening. Det varierer hvordan pleierne gjør dette. Noen argumenterer og forsøker å realitetsorientere pasienten. Andre pleiere ga meg beskrivelser jeg oppfatter som trusler ovenfor pasienten. Her blir pasienten truet med konsekvensene av å ikke dusje her og nå. Hjelpepleier Line forteller for eksempel at hun gjerne informerer om at pasienten må vente en uke til neste gang dersom vedkomne ikke ønsker å dusje når hun tilbyr det:

*Nekter de så pleier jeg å si at det blir en uke til neste gang, så de får avgjøre selv. Si ifra til meg hvis du vil at jeg skal komme tilbake. Og da bruker de å si at ok, jeg tar den dusjen. Vi har liksom ikke tid som vi vil. Men det pleier å hjelpe at de får vite at de må vente en uke til neste gang.*

Line vet at hun ikke har all verdens med tid, og sørger for at pasienten også er klar over dette. Det er nå pasienten kan få hjelp til å dusje, eller så må hun eller han vente en hel



uke på neste mulighet. Line opplever at dette er en strategi som ofte fungerer. Man kan spørre seg om en dement person har evnen til å forstå hva det vil si å gå to uker uten å dusje. En person som ikke er samtykkekompetent er ikke i stand til å ta de rette valgene for seg selv. Demente kan mangle tidsperspektiv og vedkomne er kanskje ikke i stand til å vurdere hvor lang tid en uke er. Pasienten kan bli skremt og forvirret. Min egen erfaring fra arbeid med demente er at spørsmål om tid og sted ofte kan frembringe forvirring og angst. Det vil være rimelig å påstå at Line som en erfaren hjelpepleier bør ha kunnskap om kommunikasjon med demente, og en oppfatning om at ingen uansett bør trues til å dusje. Så kan man da spørre seg om årsaken til at hun anser maktbruken som legitim. Opplever hun et så urimelig tidspres at hun overser pasientens opplevelse av kommunikasjonen? Er hun så fokusert på målet om å få pasienten inn i dusjen at måten det gjøres på er irrelevant?

*De fleste mennesker får man i dusjen hvis man sier at nei nå er det lenge siden, det lukter litt her. Ellers får du sår på setet, du får sår på kroppen.*

Jeg tolker også hjelpepleier Maries overtalelsesstrategier som at hun truer pasienten. Marie relaterer til pasientens helseplager. Hun sier rett ut at hvis pasienten ikke sier ja til å dusje nå, vil hun få sår på setet og på kroppen. En dement person kan bli skremt av slik informasjon. Det kan i tillegg være svært ydmykende for pasienten å få beskjed om at hun lukter vondt. Mange pasienter skammer seg over at de er blitt inkontinente for urin og avføring. De merker ofte ikke selv at de må på toalettet, og de fleste er ikke i stand til å skifte bleie selv. Det kan oppleves som svært pinlig og ydmykende at et annet menneske forteller deg at du bør ta en dusj fordi du lukter av avføring.

De to pleierne nevnt ovenfor, jobber begge på en avdeling der 18 pasienter deler på én dusj. Pasientene på denne avdelingen har faste dusjedager. Det er rimelig og anta at dersom deres pasient sier nei til å dusje (på sin faste dusjedag), vil det innebære noe annet for disse pleierne enn for pleierne på avdelinger der pasientene har sin egen dusj på badet sitt. Sistnevnte avdeling har ingen fast dusjrutine der fru Hansen for eksempel dusjer hver tirsdag. Det er et mål at pasientene dusjer en gang i uken, men pleierne står friere til å avtale med pasienten eller finne tidspunkter der det passer med en dusj. Dersom fru Hansen er svært forvirret og urolig en morgen, kan dusjen lettere utsettes til neste dag på slike avdelinger enn der flere pasienter deler på dusjen. Å mase på

pasienter oppleves som en tidstyv som også krever mye energi av pleierne. De som oftest uttrykte dette er pleiere som jobbet på avdelinger der pasientene delte på dusjrommet. Flere av pleierne fortalte at man når ett visst punkt der man ikke orker eller klarer å mase mer. Man forstår at det er nytteløst, og det oppleves som ubehagelig å skulle fortsette å mase. Som Hilde sier her:

*Hvis du står der hele tiden og føler at det er en kamp så vil beboeren også merke det, kanskje han ikke sier det, men du blir på en litt annen måte når du blir oppgitt og irritert.*

Hilde forteller at når argumenteringen og overtalelsen blir til "en kamp", så oppleves det som ubehagelig både for henne og for pasienten. Flere av pleierne påpekte dette. Til slutt kan man ikke mase mer. Elise beskriver også denne følelsen:

*Nå skal vi pusse tenner, "nei jeg vil ikke", "men det er noe du må". Når man overbeviser. Og det kan virke litt som tvang, for da sier hun nei og så sier jeg jo. Det kan være litt slitsomt å stå sånn og mase, man skjønner jo når det ikke går noen vei.*

Elise opplever det som slitsomt å "mase" på pasienter. Hun sier at det "kan virke litt som tvang", og jeg tolker dette som at hun opplever å bruke makten sin som pleier til å overbevise pasienten selv om pasienten har sagt nei. Hun har fått et svar, men fortsetter å argumentere. Hun opplever at hun vet hva pasienten bør gjøre, men får ikke viljen sin igjennom. Ifølge Elise er ikke dette tvang selv om det kan minne om det. Hun kaller det å "overbevise", men er altså innforstått med at det er en fin grense mellom frivillighet og tvang.

## 2. Vente til senere på dagen

Dersom pleieren ikke lykkes i å overtale, forsøkes en tredje strategi. Denne strategien innebærer å vente til senere på dagen. Gjerne har pleieren flere stell som skal gjennomføres i løpet av forholdsvis kort tid om morgenen, og derfor er det begrenset hvor mye tid de kan bruke på å argumentere for at en pasient bør dusje. Som vist over føler pleierne at man må slutte å mase når overtalelsen oppleves "som en kamp".

*Jeg prøver i en periode og så prøver jeg igjen om en time, og så er det plutselig greit. For de glemmer jo fort.*

Ingrid forteller at hun gjerne kommer tilbake til pasienten etter en stund. Ofte har pasienten glemt at hun nektet tidligere, eller så har hun endret oppfatning. Uansett er det en strategi som pleierne ofte opplever at fungerer. Den innebærer riktig nok at de kanskje må legge opp dagen sin annerledes enn de hadde planlagt, og kanskje er det noe annet de ikke rekker å gjøre som en følge av at planen deres ikke ble fulgt. Flere av informantene mine delte denne opplevelsen av å egentlig ikke ha tid til å vente. Som Bjørg sier:

*(...) Og så skal du være på kjøkkenet klokka ni for å lage frokost, og da skal du kanskje dusje en beboer i tillegg og det er mye å rekke... Føler at man ikke får gjort alt man skal.*

### 3. En annen pleier prøver

Det hender også at pleierne avtaler med en kollega å bytte roller. Dersom pleieren ikke lykkes i å stelle eller dusje pasienten, kan det hjelpe om pasienten ser et nytt ansikt. Jeg forstår det slik at denne strategien oftere blir brukt dersom "nødvendigheten" av dusjen oppfattes som større av pleierne. Det vil si at dersom en pasient nekter å dusje en vanlig dag, og pleieren har forsøkt flere ulike strategier, er terskelen høy for å spørre en annen pleier om å forsøke. I slike situasjoner vil pleieren oftere vente til senere på dagen, eller eventuelt prøve igjen neste dag. Dersom pasienten for eksempel er tilgriset eller det av andre grunner oppleves som mer nødvendig med en grundig vask, kan det oppleves av pleieren som mer legitimt å be en kollega forsøke.

### 4. Vente til neste dag

*Jeg mener at hvis personen ikke dusjer på 14 dager og personen vil ikke dusje, og det ikke er noe feil med huden, den er hel og fin og det lukter ikke av henne... Hvorfor skal jeg mase da? Bare fordi jeg skal krysse av i boka?*

Marie uttrykker her en vanlig holdning blant mine informanter. Pleierne er opptatt av å gjøre jobben sin skikkelig, og det innebærer å ivareta pasienters personlige hygiene. Som nevnt er det vanlig at pasienter på sykehjem dusjer en gang per uke, og pleierne forsøker å oppfylle det målet. Men dersom strategiene ovenfor er forsøkt uten hell, og dusjen ikke oppfattes som en nødvendighetsdusj, mener de fleste pleierne at en grundig kroppsvask er greit. Det viktigste er at pasienten får et godt stell, og er ren og tørr.

Marie opplever at kravet om dusj en gang per uke er fjernt fra virkeligheten på sykehjem, der mange pasienter verken ønsker eller trenger å dusje mer enn for eksempel hver 14. dag.

#### **4.1.2 Når man "må"**

Informantenes fortellinger om dusj og stell av pasienter kan som sagt deles inn i to kategorier som jeg har valgt å kalle "dagligdusj" og "nødvendighetsdusj". Pleierne bruker ikke disse begrepene selv, men i sine beskrivelser skiller de mellom de daglige dusjene de har ansvar for, og dusjene de anser som nødvendige utenom dagligdusjen. Strategiene de bruker, gjelder for både den daglige dusjen og den som anses som nødvendig på grunn av uhell med urin eller avføring. Overtalelse og argumentering er strategier de fleste pleierne (med et par unntak) forsøker uansett. Strategiene jeg har beskrevet til nå, dreier seg om hvordan dusjen kan gjennomføres uten å bruke tvang. Pleiernes jobb er å sørge for at pasientene får ivareta sin personlige hygiene, og dette innebærer daglig vask og stell. Strategiene for å ikke få nei, og strategiene hvis man får nei – er metoder som daglig brukes av pleierne. Men hva skjer når pleieren uten hell har forsøkt strategiene nevnt ovenfor, og pasienten har gått svært lang tid uten grundig vask, eller når pasienten er tilgriset av urin og avføring? Hva gjør man da som hjelpepleier, når pasienten nekter å vaske seg?

Ingrid begrunner her hvorfor pasienter noen ganger "må" tvinges til å dusje:

*Med hensyn til at hvis vedkomne skal sitte og spise med 7 andre som påpeker at det lukter vondt her. Så må man på en måte... Da er alternativet at enten må du dusje vedkomne eller så må hun eller han sitte for seg selv. Og ofte så må du tvinge folk da.*

Pleierne er opptatt av lukt, og begrunner gjerne tvangsdusjing med pasientens kroppslukt. Pasienten som lukter urin og avføring må dusje av hensyn til de andre pasientene på avdelingen. Spesielt rundt måltider er flere pasienter samlet, og pleierne mener at det kan oppleves som ubehagelig både for pasienten selv og for andre dersom hun eller han lukter vondt.

*Man må jo nesten gjøre det når de er våte fra topp til tå, det lukter jo og de kan jo bli såre. Men det er ikke noen god opplevelse. Pasienten blir som regel veldig sint, og når alt er ferdig så skjønner de hva de har gjort og blir litt sånn flau... Så det er ikke noen god opplevelse, nei.*

Hjelpepleier Stine sier her at hun har "lov" til å tvinge en pasient til å dusje dersom vedkomne lukter eller er til sjenanse for de andre pasientene på avdelingen. Hun forteller at hun synes det er ubehagelig å tvinge noen til å dusje, men at man "må jo nesten" dersom pasienten er våt. Hun begrunner tvangen med at de lukter og at de kan bli såre nedentil. Dessuten opplever hun at pasienter i etterkant ofte "forstår" tvangen som ble brukt. På den måten rettferdiggjør hun tvangen med at selv om pasienten først blir sint og nekter, så vil hun være glad for stellet etterpå, når hun er tørr og ren. Jeg tenker i stedet at det Stine oppfatter som "flauhet" fra pasienten etter dusjen kan være pasientens reaksjon på ydmykelse, og skammen det medfører å ha vist motstand uten at man ble hørt.

#### **4.1.3 "Vi tvinger ingen til å dusje, men..."**

Det var når vi snakket om dusjsituasjoner at informantene gjerne tok opp tvang på eget initiativ. Som beskrevet tidligere i oppgaven, unnlot jeg bevisst å bruke ordet "tvang" før informantene selv tok opp temaet. Flere av informantene nevnte tvang tidlig i samtalen om dusj, de startet gjerne med å si at "vi tvinger ingen til å dusje" slik som hjelpepleier Stine gjør her:

*Jeg tvinger ingen til å dusje hvis de ikke vil. Er faktisk folk som er redd, utagerende og sånt hvis de må dusje.*

Hjelpepleier Ingrid nevner også tvang når vi begynner å snakke om dusjsituasjoner. Hun er også den eneste av informantene som viser til lovverk når hun snakker om tvang:

*Vi har jo ikke lov til å tvinge folk til å dusje, med mindre det er skrevet under paragraf 4 som omhandler tvang.*

Det var vanlig blant informantene å innlede med at tvang helst skal unngås. Videre i deres resonnement kom det like vel fram at tvang er noe de ofte opplever som nødvendig. Stine fortsetter slik:

*(...) Har jo ikke lov til å tvinge noen så fremt de ikke lukter eller er til sjenanse for de andre på avdelinga. Vi har beboere som er våte fra topp til tå, som ikke vil. Der vi faktisk har vært nødt til å dra de opp av senga for å få de inn på badet. Det skjer. Det er jo tvang.*

Det er interessant at Stine påpeker at dersom pasienten lukter, er hennes oppfatning at tvangsdusjing er legitimt. Mennesker som er inkontinente for urin og avføring og dermed bruker bleie, vil nødvendigvis lukte nettopp urin og avføring. På den måten gir hun uttrykk for at tvangsdusjing kanskje er vanligere for henne enn hva hun er klar over selv.

### *Fysisk tvang*

Alle informantene fortalte om situasjoner der de har brukt fysisk tvang, eller har vært vitne til slik tvangsbruk ovenfor demente pasienter. Fortellingene deres som omhandlet tvang i dusjsituasjoner er de fortellingene jeg opplever som mest alvorlige i mitt intervjumateriale. Det er to hovedgrunner til dette: for det første er fortellingene fra situasjoner der pasienter gjerne blir fysisk holdt fast av en eller flere pleiere, mens en annen pleier vasker pasienten. Det kommer fram i flere av fortellingene at pasienten tydelig viser motstand, og det er sannsynlig at situasjonen oppleves som et overgrep av pasienten:

*Han har gått bort nå, men vi hadde et dilemma med en mann og nedentilvask. Han ville ikke det. Han holdt seg for. Muligens opplevd noe vondt tidligere som vi ikke vet om. Men der ble det jo tvangsvask nedentil til slutt, fordi vi var nødt. Da sto en og holdt, og en sto og vaska. Overhodet ikke etisk riktig.*

*I: Hvordan opplevde du det?*

*Ikke greit, fikk helt vondt inn i meg av han. Nei, det er ikke noen god følelse å tvinge noen... Tvang er ikke lett. Men noen ganger så må man. Alt var greit etterpå heldigvis, han var ikke langsint. Så han var fornøyd når vi var ferdig. Han hadde afasi, så vi forsto jo ikke hva han sa. Altså noen ganger hvis ikke han ville så ble det en kattevask, ikke foran. Men han var jo inkontinent for urin og avføring. Og det var noen ganger han måtte dusjes nedentil fordi det var avføring overalt.*

Dette er en vanlig historie i mitt intervjumateriale. Pasienten nekter å vaske seg nedentil, til tross for at han er inkontinent for urin og avføring. Pleieren sier selv at det ikke er "etisk riktig" å vaske han tross hans motvilje, men hun anser det som så nødvendig at hun likevel holder pasienten fast mens en annen pleier vasker. Pasienten

har ikke språk, men det er likevel tydelig for pleierne at han ikke ønsker å vaske seg nedentil. Pleieren bruker ordet "tvangsvask" og det er klart for henne at denne stellesituasjonen innebærer tvang. Selv om hun opplever det som ubehagelig og vondt å skulle tvinge pasienten slik, så opplever hun at stellet er så nødvendig at det må gjennomføres til tross for at både hun og pasienten helst vil slippe. Dagny fortalte en lignende fortelling:

*Han ble da... fikk da beroligende medisiner først, som regel en time eller to. Dette var en mann som hadde vært uteligger før, som hadde fått den alkoholdemensen, og han... vi MÅTTE dusje han for hans egen skyld. Han kunne ikke sitte inne på kjøkkenet og spise med de andre, han var en stor mann som gikk og vandra i korridoren og... det synes jeg var en veldig vanskelig situasjon for der måtte vi være to stykker og holde armer og bein. Og det er ikke greit. Han ble veldig sint... og det er vanskelig.*

Sitatet beskriver en alvorlig situasjon som dessverre er vanlig i mitt intervjumateriale. Flere av mine informanter forteller lignende historier. Disse historiene beskriver den andre årsaken til at jeg opplever disse dusjhistoriene som de mest alvorlige i mitt materiale: den første årsaken er som beskrevet at situasjonen ofte oppleves som et overgrep av pasienten. Den andre årsaken er informantenes begrunnelser for tvangen de utfører, og det faktum at den (tvangen) er ulovlig. Dagny argumenterer for dusjen med at pasientens kroppslukt var til sjenanse for andre, og at han derfor ikke kunne delta i fellesmåltidene. I dette tilfellet visste pleierne at pasienten ville bli sint, og han fikk derfor beroligende medisiner før stellet. Ved å gi beroligende medisiner vil stellet medføre mindre fare for skade på pasient og pleiere, ved at pasienten har vanskeligere for å uttrykke motstand. Samtidig er medisineringen et uttrykk for at pleierne ikke forsøker tillitskappende tiltak før stellet finner sted, slik loven sier at man skal; i dette tilfellet "visste" pleierne at pasienten ville nekte å dusje, da overtalelse og argumentering er forsøkt uten hell tidligere. Pasientens opplevelse av tvangen som et overgrep blir ikke nødvendigvis mindre gjennom medisineringen, men hans evne til å yte motstand vil bli svekket. Bruk av medisiner for å bedøve pasienten er ikke et tiltak som regnes som "tillitsfremmende", men er heller et middel for å gjøre pleiernes arbeid mindre fysisk krevende.

## 4.2 Hva ser vi?

Materialet viser først og fremst at hjelpepleierne strekker seg langt for å unngå bruk av tvang. Alle informantene har utviklet strategier som brukes aktivt i kommunikasjonen med pasienten, for å unngå konfrontasjon og eventuell tvangsbruk. Jeg har delt strategiene inn i tre kategorier for å beskrive rekkefølgen strategiene brukes i, og de ulike begrunnelsene som ligger bak. I tabellen under viser jeg de tre kategoriene og de påfølgende strategiene som brukes. Innenfor det jeg kaller "dagligdusj" ligger strategiene for når pleierne vil "unngå å få nei" og "når man får nei". Dersom pasienten ikke ønsker å dusje, går pleierne over til kategori 2.

Kategori/ begrunnelse	Type dusj	Strategi 1. Forberedelse, kommunikasjon, skape god atmosfære	Strategi 2. Argumentere, vente, annen pleier forsøker, prøve igjen neste dag, true	Strategi 3. Tvangsdusj/vask
For å unngå "nei"	Dagligdusj	X		
Hvis man får "nei"	Dagligdusj	X	X	
Når man "må"	Nødv. dusj	Delvis	Delvis	X

Informantene opplever noen ganger at "man må dusje" en pasient. Det er disse situasjonene jeg kaller "nødvendighetsdusj", og dette er situasjoner der pasienten enten er tilgriset av urin og/eller avføring, eller har gått så lang tid uten stell at vedkomnes kroppslukt er til sjenanse. Dersom pasienten nekter å dusje i disse tilfellene, oppstår ofte situasjoner der pleierne opplever tvang som eneste løsning. Pleiernes fortellinger viser at de i disse tilfellene ofte "hopper over" strategi 1 og 2, og bruker tvang uten å ha forsøkt med tillitsskapende tiltak først. Noen brukte medisiner for å bedøve pasienten før dusjen eller stellet finner sted, og de fleste historiene viser at to eller tre pleiere går inn til pasienten, gjennomfører stellet og ignorerer pasientens protester.



### **4.3 Diskusjon**

Intervjuene viser at hjelpepleierne bruker varierte strategier for å unngå bruk av tvang. Tvang anses som et onde man skal unngå, og blir i hovedsak brukt som en siste løsning når andre strategier viser seg å ikke fungere. Tvungen helsehjelp kan være en siste utvei for å unngå skade. Før tvungen helsehjelp gis, må pleierne vurdere om forutsetningene for å bruke tvang er til stede, og de må i så fall fatte vedtak. Det ble tidlig i intervjuene tydelig for meg at lovverket og det som faktisk skjer i sykehjemsavdelingene ikke alltid samsvarer. Derfor anser jeg lovverket som et godt utgangspunkt når jeg vil beskrive det jeg ser i materialet mitt. Intervjuene vitner om utstrakt bruk av tvang uten at de nevnte forutsetningene er vurdert, og uten at vedtak er fattet. Informantene har mangelfulle kunnskaper om tvungen helsehjelp og forutsetningene for å bruke slik tvang. I tillegg vitner fortellingene om liten bruk av strategier som bygger på kunnskap om demenssykdom, og hvordan motstand fra ikke-kompetente pasienter bør håndteres.

#### **4.3.1 Makt til å hjelpe**

Bruk av makt beskrives på ulike måter i intervjuene. En klassisk definisjon av makt ble formulert av Max Weber, der han sier at makt betegner enhver sjanse til å gjennomføre sin vilje, også på tross av motstand (SNL, 2015). Makt omfatter ikke bare at A påvirker Bs handling, men kan også innebære at A hindrer B i å gjøre bestemte ting. Weber fremhevet betydningen av at maktforhold er preget av legitimitet. Det vil si at det oppfattes som rett og rimelig at overordnede gir ordre til underordnede. Legitimiteten kan komme av at A innehar en spesiell stilling eller posisjon. Autoritet er en legitim form for makt. For pleierne er en viss autoritet nødvendig for å få gjennomført mange av arbeidsoppgavene deres, og er heller ikke noe loven utelukker. Pleierne er fagutdannet og har kunnskaper om helse og omsorg som skal komme pasientene til gode. Ofte vet pleieren hva som er pasientens beste, og hun bruker sin autoritet til å få den demente pasienten til å forstå hensikten med hjelpen. Det er en slik form for legitim makt vi ser i pleiernes strategier og metoder som går ut på å forklare, argumentere og overtale. En illegitim form for makt er når pleierne ikke tillater pasienten å bruke egne evner, truer, bruker fysisk tilbakeholdelse, ikke tar pasientens opplevelser på alvor, eller ignorerer pasientens motstand.

Makt blir av pleierne forstått som fysisk inngripen mot pasientens vilje og ønske. Pleierne opplever at de bruker makt kun i hendelsene de selv omtaler som

tvangssituasjoner. En situasjon der pasienten motsetter seg hjelp til dusj, og motviljen blir omgjort til aksept eller "ikke-motstand", blir ikke fremstilt som maktutøvelse av pleierne. Den samme beskrivelsen gir Juritzen (2009:72) av informantene i sin doktorgradsavhandling. Pleierne beskriver et hverdagslig pleiearbeid som innebærer samhandling på flere forskjellige måter. Intervjuene viser at det først og fremst er den fysiske tvangen som oppfattes som makt, og som vekker ubehag hos pleierne. Det er tydelig at den fysiske tvangen er uønsket, men likevel tas i bruk. Strategiene og metodene som daglig brukes, der pleierne argumenterer, lurer eller overtaler for å få gjennomført dusjen, fremstilles ikke som maktutøvelse av pleierne. Ved å "demonisere" fysisk tvangsutøvelse fremstår de andre strategiene som ikke-makt (Juritzen 2009:80), noe som trygt kan gjøres. Disse situasjonene vil ikke på samme måte tydeliggjøre det skjeve maktforholdet i interaksjonen mellom pasient og pleier, slik fysisk tvang nødvendigvis gjør. Pleierne opplever ikke at de utøver makt når en pasient tvinges til å dusje, fordi dusjen anses som nødvendig. Det er interessant hvordan samtlige pleiere innledet intervjuene med et utsagn om hvordan de "ikke tvinger noen til å dusje hvis ikke de vil", mens det senere i intervjuet kommer fram at det ofte er det de gjør. Pleierne opplever at tvangen "egentlig" ikke er tvang, dersom den er nødvendig. De opplever at de handler i beste hensikt, de vet hva som er best for pasienten. Slik rettferdiggjøres og ufarliggjøres både den fysiske og den ikke-fysiske tvangen som utføres.

#### **4.3.2 Tillitsskapende tiltak**

Informantene er erfarne hjelpepleiere, og alle har jobbet i flere år på samme sykehjemsavdeling. Gjerne er det de samme pasientene de hjelper hver eneste dag. I helsetilsynets rapport *Tvil om tvang* (2013) understrekes det at man for å unngå tvangsbruk må iverksette tiltak og utvikle metoder ovenfor den enkelte pasient. Dette forutsetter kjennskap til den enkelte pasient, og hans/hennes uttrykksmåte. Som vist er informantene mine opptatt av god kommunikasjon og å skape "en god atmosfære" før og underveis i dusjsituasjoner. Ved å ha god kjennskap til pasienten kan pleieren kommunisere på en måte som minimerer sjansene for å få "nei" som svar når dusjen blir foreslått. Miller (1997) finner et lignende perspektiv i sin studie av sykepleiere og fysisk aggressive pasienter: ved å kjenne pasienten godt, kan pleieren kommunisere på en måte som minimerer sjansene for vold eller andre konflikter i løpet av

dusjsituasjonen. Det "å kjenne pasienten" innebærer både å kjenne pasienten som person, og å kjenne til pasientens typiske respons på ulike aktiviteter, ulike pleiere og former for kommunikasjon. Ifølge Miller er det denne kunnskapen om pasienten som utgjør skillet mellom individuell eller personlig pleie og et stell preget av rutiner. Flere av mine informanter beskrev hvordan de bruker kunnskap om pasientens interesser, tidligere arbeid og familieforhold til å skape tillit og etablere kontakt. Ved noen av avdelingene informantene jobbet på er det tatt i bruk "Min Historie" som er en tekst skrevet av pasienten selv eller pårørende til pasienten, som skal hjelpe ansatte i omsorgen for demente pasienter.

Informantene i min studie beskriver hvordan de de bruker denne kunnskapen, og hvordan de etter hvert argumenterer og forklarer for å få gjennomført dusj eller vask uten at det ender med motstand fra pasienten. Hem m.fl. (2010) kaller disse strategiene for "lirke- og luremetoder", og trekker en parallell til begrepet "å makte". I følge Juritzen (2009) "makter" pleierne å holde ut motstand og avvisning i pleiesituasjonene ved at de finner løsninger og er tålmodige. Pleierne tar pasientenes perspektiv, er handlingsorienterte og vennlige. På den måten kan man si at strategiene som innebærer forhandlinger og forklaringer ofte kan være godt relasjonsarbeid. Relasjonsarbeidet er en form for makt ved at pasienten involveres og får bruke sine evner, samt at pleierne er opptatt av å skape trygge rammer rundt dusjsituasjonen. Pleierne bruker sin kompetanse til å møte pasientens ønsker og krav. Når pasienten sier "nei, jeg vil ikke dusje. Det er så kaldt og slitsomt", kan pleieren typisk svare at "jeg skal bruke godt og varmt vann, og så får du en varm kopp kaffe når vi er ferdige". Selv om hovedfokuset for pleieren er å nå målet om å få dusjet pasienten, er det i disse situasjonene også et fokus rettet mot *hvordan* pleierne kan hjelpe pasienten. Noen av informantene beskrev strategier som ikke kan beskrives som tillitsskapende, der de truer pasienten med konsekvensene av å ikke dusje her og nå. Man skulle kanskje tro at faglærte hjelpepleiere har innsikt i hvordan slike trusler kan tolkes av en dement person.

I motsetning til Hem m.fl. sin studie, der pleierne sjeldent eksplisitt snakket om "tillit" og å etablere relasjon og kontakt, var flere av mine informanter opptatt av dette. Spesielt i forbindelse med dagligdusj var god kjemi og kommunikasjon noe de fleste av mine informanter påpekte viktigheten av. Ved å prøve seg fram, se an situasjoner og å være kreative, forsøker pleierne å få gjennomført nødvendig pleie og omsorg uten

motstand fra pasienten. De har erfart at sannsynligheten for å lykkes med "kreativitet og fleksibilitet i samhandlingen" blir større ved å etablere tillitsfulle relasjoner til pasientene (Hem m.fl. 2010). Relasjonen mellom pasient og pleier legges stor vekt på av pleierne, og er ofte det som er avgjørende for om pleieren får gjennomført dusjen som planlagt.

Man kan si at pleierne kanskje er klar over at en opplevd skjev maktfordeling mellom pleier og pasient, kan bidra til økt motstand og dermed tvang. Som Helsetilsynets rapport også fastslår, er kjennskap til pasienten og god kommunikasjon svært viktig i arbeidet for å unngå bruk av tvang. Pleierne jeg har intervjuet er som vist opptatt av slike tiltak. Et annet aspekt flere av de nevner, og som ikke kommer fram i Helsetilsynets rapport, er hvordan pleierne forsøker å "kvitte seg med" eller dekke over noe av autoriteten de automatisk blir innehavere av som ansatte på en institusjon. Foucault var opptatt av sammenhengen mellom kunnskap og makt, og hvordan forvaltning av kunnskap på mange måter gjennomsyrrer det praktiske liv. Leger, dommere, psykologer og lærere har alle til felles at deres maktposisjon bygger på og forsterkes av at de har rett til å vite noe om sine "klienter", men ikke omvendt. "Klientenes" innordning under autoritetene bekreftes av at de ikke får vite noe om dem de står ovenfor. Det samme gjelder i stor grad for hjelpepleierne. I deres arbeid kommer de svært tett på pasientene, og opparbeider mye kunnskap om deres sykdomsbilde, familieforhold og deres personlighet. Pleierne er ofte avhengig av denne kunnskapen, som kan være alt fra om fru Olsen ikke skal ha melk i kaffen til hvilke medisiner hun bruker og at hun har vært gift 3 ganger i løpet av livet. Det som kanskje skiller hjelpepleierne fra leger, dommere, psykologer og lærere, er at pleierne ofte ikke ønsker å bidra til å bekrefte pasientenes innordning under deres autoritet. Pleierne har oppdaget at det skjeve maktforholdet ofte bidrar til økt motstand fra pasienten. Flere pleiere fortalte hvordan de forsøker å involvere pasienten i eget liv, og etablere tillit ved å la pasienten bli kjent med dem som personer. Liv fortalte meg for eksempel at hun gjerne prioriterer å spise en brøds-kive sammen med pasienter ved kjøkkenbordet. Hun var ofte ute og reiste, og viste pasientene bilder fra reisene via mobiltelefonen sin. Pasientene opplevde at de kunne stille henne spørsmål om reisene, og viste interesse på samme måte som venner interesserer seg for hverandres hverdag. Liv opplever at hun

kan unngå vanskelige situasjoner ved å endre forholdet til pasienten fra "overordnet og underordnet" til to mennesker som kan ha innsikt i hverandres liv.

*"Vi har ikke tid som vi vil"*

I likhet med Hem m.fl., finner jeg at pleiernes beskrivelser er preget av oppgavene de skal utføre overfor pasientene. Hem m.fl. (2010) skriver at "pleierne hadde en nærmest konstant oppmerksomhet på hvordan de skulle få gjennomført det de mente var nødvendig". Selv om mine informanter i stor grad er opptatt av å etablere og vedlikeholde gode relasjoner til pasientene, er dette først og fremst som strategier for å få gjennomført sine arbeidsoppgaver. Ifølge Miller (1997) innebærer etableringen av tillitsfulle relasjoner til pasientene en "bevegelse" fra å se seg selv som iverksetter av nødvendige pleietiltak, til en sensitivitet knyttet til å etablere trygge relasjoner. Å knytte slike relasjoner kan bety at pleierne iblant må prioritere samvær med pasientene framfor å utføre praktiske pleieoppgaver, men de fleste av mine informanter kombinerer gjerne pleieoppgavene med å skape gode relasjoner til pasientene sine. Flere beskrev hvordan de ikke har tid til samvær utover den tiden de bruker hos pasienten i form av stell, støvtørking og skift av sengetøy. For mange av pleierne er dusj, neglestell og rengjøring av pasientens rom synonymt med å etablere og vedlikeholde en tillitsfull relasjon, ved å drikke kaffe og snakke med pasienten samtidig som pleieren utfører arbeidsoppgavene sine. De fleste pleierne ønsket seg mer tid til sosialt samvær med pasientene. Jeg opplever at mange av pleierne er smertelig klar over viktigheten av gode relasjoner for å få gjennomført arbeidsoppgavene sine. Informantene jeg har intervjuet er svært opptatt av å få gjennomført arbeidsoppgavene sine, og det kan oppleves som vanskelig å skulle forklare, forhandle og overtale en pasient når de som utgangspunkt ikke opplever å ha "grunnlag" for å forvente forståelse av pasienten. Det finnes ikke tid til å sitte og snakke med pasienten over en kopp kaffe, slik flere av mine informanter ønsker seg. Å sitte og snakke er i tillegg ikke ansett som arbeid, og bryter på den måten med normene i pleiekulturen (Solum m.fl. 2008).

Hjelpepleierne opplever at de skal balansere mellom å opprettholde rutiner og å få gjennomført sine arbeidsoppgaver, og å hele tiden være oppmerksom på hva som kreves i ulike situasjoner. Det er tydelig at relasjonen til pasienten i mange tilfeller er avgjørende for både 1) gjennomføring av dusj etter pleierens plan og 2) hvorvidt det

gjøres med eller uten bruk av tvang. Kjennskap til pasienten bidrar til å forhindre konfrontasjon og motstand.

#### **4.3.3 Når tvang oppleves som uunngåelig**

Selv om pleierne strekker seg langt for å unngå tvang, vitner intervjuene også om utstrakt bruk av fysisk tvang, uten at det blir vurdert om forutsetningene for å bruke tvang er til stede, og uten at vedtak blir fattet. Informantene har mangelfulle kunnskaper om tvungen helsehjelp og forutsetningene for å bruke slik tvang. Informantene beskriver tvungen helsehjelp som blir gjennomført uten vurderinger av pasientens evne til å gi samtykke, og uten vurdering om det er grunnlag for å gi helsehjelp mot pasientens vilje. Som nevnt er pleiernes hovedprioritet å utføre arbeidsoppgavene sine. I denne sammenhengen betyr det at pasienten er ren og velstelt. Fortellinger om tvangsdusj eller tvangsvask nedentil er gjengangere i mitt intervjumateriale. Dette er situasjoner der pleierne opplever dusjen som så nødvendig at pasientens involvering ikke tas hensyn til. Pleiernes fortellinger viser at de i liten grad forsøker å involvere pasienten gjennom kommunikasjon, forklaringer eller argumentering. Gjerne er årsaken til det at pasienten har for vane å nekte å dusje, eller ofte griser med avføring og urin. Om pasienten slår, sparker, skriker eller forsøker å holde seg fast, vil også dette ignoreres av pleierne. I noen tilfeller brukes medisiner til å bedøve pasienten i forkant av dusjen. Gjerne ble medisiner brukt dersom pasienten er fysisk sterk og/eller viser aggressiv atferd. Pleierne tar heller ikke pasientens opplevelse av tvangen på alvor ved å bedøve med medisiner eller ved å holde pasienten fast dersom han eller hun utagerer fysisk. Aggressiviteten som ofte følger av å bli tvunget til å dusje, kan ses som en forsvarsmekanisme. Som Skovdahl m.fl. påpeker i sin studie av dusjing av aggressive demenspasienter, kan aggressiviteten også oppfattes som at pasienten forsøker å få "makt over" for å kompensere for følelsen av frykt og utilstrekkelighet. Ved å utagere fysisk forsøker pasienten å plassere seg selv på likere premisser som pleierne, fordi hun eller han fra før av har en svak posisjon i interaksjonen. På den måten kan man si at "makt over" fører til mer "makt over" (Skovdahl m.fl. 2003). Pasienten forstår ikke at motstanden fører til mer ydmykelse ved at hun blir holdt fast, at flere pleiere blir involvert eller at man blir gitt beroligende medisiner.

### *Pleiernes begrunnelser for bruk av tvang*

Den andre faktoren jeg vil fremheve som problematisk ved nødvendighetsdusj er begrunnelsene pleierne legger fram som forklaringer på tvangsbruken. Dette aspektet er problematisk fra et lovmessig perspektiv. Loven gir rom for å tvinge pasienter til å dusje, men denne tvangen skal begrunnes med at pasientens liv og helse står i fare dersom tvangen ikke utføres. Et eksempel kan være at en pasient som er inkontinent for urin og avføring nekter å vaske seg nedentil, og står i fare for å utvikle en alvorlig infeksjon. I slike tilfeller vil man kunne fatte vedtak og åpne for bruk av tvang for å vaske pasienten nedentil. Informantene i mitt materiale begrunner hovedsakelig tvangsdusj med at pasienten det gjelder har gått lang tid uten dusj, og at vedkomnes kroppslukt dermed er til sjenanse for andre. Flere av pleierne argumenterte med at vedkomne "ikke lenger kan delta i fellesmåltider" grunnet kroppslukten. Til slutt har pleierne på avdelingen funnet det nødvendig at pasienten dusjer, og han eller hun tvinges til dette. I slike tilfeller er tvangen ulovlig både fordi forutsetningene for bruk av tvang ikke er oppfylt, og den ville dermed heller ikke blitt godkjent av Fylkesmannen. Også i tilfeller der pleierne forteller om tvangsbruk hvor kravene er oppfylt, er tvangen like vel ulovlig da det ikke er fattet vedtak ved noen av tilfellene jeg blir fortalt om. Pleierne har i tillegg mangelfulle kunnskaper om tvungen helsehjelp og forutsetningene for å bruke slik tvang. Når tvang brukes uten at vedtak er fattet, fører det til at pasienten og pårørende ikke får klagerettigheter på tvangsbruk, og Fylkesmannen får ikke mulighet til å vurdere og eventuelt overprøve vedtaket.

Pleierne ønsker ikke å tvinge pasienter til å dusje, men de opplever at de vet hva som er best for pasienten, både som fagpersoner og fordi de kjenner vedkomne. Dessuten innebærer pleiernes forståelse av seg selv som ansvarlige omsorgsarbeidere at de sørger for at pasientene er rene og tørre. Dette kommer fram i mange av mine informanters fortellinger. Aspektet er også diskutert i andre studier (bl.a. Hem m.fl. 2013). Flere av mine informanter beskriver det som "flaut" dersom pasientenes ytre ikke bærer preg av ivaretagelse. Det kan være flaut ovenfor kollegaer ved at man ikke har klart å gjennomføre sine arbeidsoppgaver, men spesielt uttrykker informantene at det er flaut ovenfor pasientenes pårørende, som forventer at deres mor eller far skal være ren og velstelt. Tross alt bor pasienten i en institusjon som har som hovedoppgave å hjelpe vedkomne med å ivareta slike behov. Det kan oppleves som vanskelig å skylde

på at "hun ville ikke dusje" når pårørende kommer på besøk og lurer på hvorfor deres mor eller far er tilgriset av avføring og urin.

#### 4.4 Oppsummering

Jeg har i dette kapitlet tatt for meg dusjsituasjoner på sykehjem. Intervjuene viser at pleierne bruker mye tid, og flere ulike innfallsvinkler og strategier for å unngå bruk av tvang. Tvang anses som en siste utvei når pasienten enten er tilgriset av urin og avføring, eller når pasienten har gått for lang tid uten å dusje. Jeg har presentert tre kategorier av strategier som hjelpepleierne bruker i dusjsituasjoner. Dette er strategier de har utviklet for å unngå bruk av tvang. Kategoriene og de tilhørende strategiene er delt inn etter rekkefølgen de brukes i. *Strategier for å ikke få nei* tas i bruk for å forebygge og unngå en eventuell konfrontasjon, og er det man i Pasient- og brukerrettighetsloven kaller "tillitsskapende tiltak". Når disse strategiene ikke fungerer tar pleierne i bruk *Strategier når man får nei*. Her forsøker man å endre pasientens oppfatning om at han eller hun ikke trenger/ønsker/orker å dusje. *Når man må* er kategorien som innebærer det Hem m.fl. kaller "den veldige tvangen" (Hem m.fl. 2013). Dette er situasjoner pleierne selv er innforstått med at innebærer tvang, men som gjerne begrunnes med graden av nødvendighet, altså opplevelsen av at man "må" vaske pasienten.

Jeg har diskutert flere problematiske aspekter ved nødvendighetsdusj, og disse innebærer brudd med Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A på flere måter. Pleiernes fortellinger viser at de i liten grad forsøker å involvere pasienten gjennom kommunikasjon, forklaringer eller argumentering. Gjerne er årsaken til det at pasienten har for vane å nekte å dusje. Derfor forsøkes ikke tillitsskapende tiltak først, slik helsepersonell etter loven skal gjøre. Om pasienten slår, sparker, skriker eller forsøker å holde seg fast, ignoreres dette av pleierne. I noen tilfeller brukes medisiner til å bedøve pasienten i forkant av dusjen. Denne formen for maktmisbruk kjennetegner informantenes fortellinger om fysisk tvang. Intervjuene viser at pleierne strekker seg langt for å unngå tvang. Samtidig er de svært opptatt av å skulle utføre arbeidsoppgavene som de er pålagt, og som de mener at er nødvendig. Dessuten innebærer pleiernes forståelse av seg selv som ansvarlige omsorgsarbeidere at de sørger for at pasientene er rene og tørre. Det kan være vanskelig å kombinere



relasjonsbygging og god omsorg med dårlig tid og få muligheter for fleksibilitet. Det er rimelig å anta at om pasienter har tilgang til egen dusj, gjør det at pleierne får mer frihet og tid til å vurdere når dagligdusjen skal skje. Disse faktorene, kombinert med mangelfulle kunnskaper om tvungen helsehjelp og forutsetningene for å gi slik hjelp, kan bidra til at pleierne bruker ulovlig tvang i dusjsituasjoner.

## 5 Ernæring og medisinerings

De fleste mennesker ser fram til å kunne nyte god mat i selskap av familie og venner. Men hvordan foregår måltidene på sykehjem? Dette kapitlet tar utgangspunkt i informantenes fortellinger om ernæring og medisinerings. Fokuset er spesielt rettet mot situasjoner der pasienter av ulike grunner ikke ønsker å spise. I en kartleggingsundersøkelse foretatt av SINTEF (2003) kom det fram at 57 % av beboere i sykehjem hadde problemer knyttet til ernæring, og for 33 % av den samme gruppen artet ernæringsproblemene seg som nedsatt appetitt og underernæring. Ifølge Aagaard har eldre som bor på sykehjem blitt skrøpeligere, og flere pasienter har i tillegg andre sykdommer som kan bidra til redusert appetitt, eller som stiller andre krav til maten (2008:17). Aagaard trekker også fram det sosiale fellesskapet og spisemiljøet som viktige faktorer som kan påvirke appetitten hos pasienter på sykehjem (Aagaard 2008:20-21).

Målet med kapitlet er først og fremst å gi et bilde av hva pleierne opplever som utfordrende med ernæring – og medisinerings situasjoner. Jeg gir først et detaljert bilde av hvordan måltidene foregår på sykehjemsavdelingene som pleierne jobber ved. Dette er gjort for å kunne gi leseren en bedre forståelse av bakgrunnen for pleiernes handlinger, som jeg senere vil beskrive. Mye plass er viet til pleiernes strategier og metoder. Det er stort sett de samme strategiene som brukes, enten pasienten vegrer seg for å spise mat eller å ta medisiner. Jeg velger å ha ernæring i fokus fordi jeg ønsker å gjenspeile hva pleierne la vekt på i intervjuene. Det kommer tydelig fram i materialet at mat er en måte å utøve omsorg på for pleierne. En forutsetning for dette er et godt relasjonsarbeid fra pleierne sin side, og dette diskuteres til slutt i kapitlet.

### 5. 1 Materialet

#### *Måltider på sykehjemmene*

Det varierer fra sykehjem til sykehjem hvordan måltidene er lagt opp. Ofte skal pleierne være ferdige med morgenstellet når frokosten serveres. Informantene mine jobber alle på avdelinger der fellesfrokosten serveres kl. 09:30. På et av sykehjemmene noen av mine informanter jobber ved, serveres middagen kl. 13:30. På det andre sykehjemmet

hadde de tidligere en slik ordning, men har nylig innført formiddagsmat kl. 13 og middag kl. 17, slik at middagen serveres i løpet av kveldsvakta i stedet for dagvakta. Pleierne som jobber dagvakt skal i stedet tilberede formiddagsmat som lages i kjøkkenet på avdelingen. Tanken bak denne endringen er at pasientene skal få mer "hjemmelaget" mat i løpet av dagen, og et mer variert kosthold som er mindre basert på brødmatt enn tidligere ved at det serveres omeletter, havregrøt, fiskepudding eller supper til lunsj - i tillegg til middagen som serveres noen timer senere.

#### *Tilberedning av maten*

Begge sykehjemmene får middag levert fra et storkjøkken i byen. Middagen leveres til avdelingen hver uke, der alle måltidets elementer kommer i poser som skal varmes opp på den enkelte avdeling. Det er enten suppe til forrett eller dessert, i tillegg til hovedretten. Frokosten innebærer stort sett det samme for alle informantene. Brødmatt, pålegg, kokt egg og kaffe. I helgene kan man lage speilegg dersom det er tid til det, og bacon dersom man har det i kjøleskapet på avdelingen. På sykehjem 1 har man "matkort" på kjøkkenet som beskriver hva den enkelte beboer på avdelingen liker å spise, om vedkomne skal ha skorper på brødiskivene, melk i kaffen, eller om pasienten må ha spesiell tilrettelegging under måltidene. Slik kan en person som ikke er spesielt godt kjent på avdelingen lage frokost til mange personer med ulike behov og preferanser.

Sykehjem 2 har en annen ordning: der spiser de fleste pasientene sammen i stua, og deler på fat med pålegg som de selv smører på ferdig oppskårede brødiskiver. Én ansatt har tittelen "kjøkkensjef" for dagen, og gjør i stand et tranchérbord med mat, drikke og kaffe. En annen ansatt med tittelen "stuevert" har ansvar for at måltidet går riktig for seg i stua der pasientene spiser. I tillegg til å bistå pasientene praktisk under måltidet skal stueverten sørge for en hyggelig atmosfære med småprat og tente stearinlys. Kjøkkensjefen sørger for at pasientene som av ulike årsaker spiser inne på eget rom, får servert frokosten sin der.

### 5.1.1 Ernæring og medisinerings på sykehjem



Figur 2: Forfatters illustrasjon, vist informanter under intervjuet

*Jeg tenker tvangsforing. Hvis vedkomne spytter ut maten... Så... Gir ikke jeg mat. Da tilbyr jeg heller litt drikke, kanskje prøver litt mat igjen om en liten stund. Vedkommende kanskje ikke liker maten, kanskje har vondt for å svelge. Brødkive for eksempel, med et pålegg som hun er glad i, kanskje hun har lyst på en yoghurt, kanskje suppe? Kan være en medisinsk årsak til det, vannblemme i tunga eller, såre tenner eller... Et eller annet.*

Hjelpepleierne jeg har intervjuet er alle svært opptatt av mat og ernæring.

Illustrasjonen ovenfor viser en pasient og en pleier i en måltidsituasjon der pleieren forsøker å mate en pasient. De fleste av informantene nevnte tvangsforing da de så illustrasjonen. Sitatet fra Borghild under bildet beskriver flere av pleiernes tankegang rundt ernæring. Det kan være mange årsaker til at en pasient ikke ønsker å spise, og pleierne er opptatt av å finne disse årsakene. De har mange metoder, og det er de samme metodene som går igjen hos alle informantene. Jeg vil i denne delen av kapittelet gi et bilde av hjelpepleiernes holdninger og tanker om ernæring og medisinerings på sykehjem. Jeg tar utgangspunkt i pleiernes fortellinger om hvordan de håndterer situasjoner der pasienter ikke ønsker å spise eller å ta medisiner.

### *Når beboeren ikke vil spise*

Eldre og demente er pasientgrupper med særlig risiko for underernæring (Helsedirektoratet 2009). Rapporten "Mat og måltider i sykehjem" bygger på en nasjonal undersøkelse om mat og måltider ved norske sykehjem. I rapporten oppgir 4 av 5 sykehjem at personalet trenger mer kunnskap om ernæringsarbeid i sykehjem. Hovedsakelig gjelder dette kunnskap om kosthold og beregning av ernæringsbehov til eldre, mat ved demens, samt hvilke tiltak som bør settes inn ovenfor pasienter som spiser lite (Aagaard 2008:7).

Informantene jeg har intervjuet opplever ofte at pasienter ikke ønsker å spise. Pasienter som spiser selv og ikke trenger spesiell tilrettelegging under måltider, takker nei til maten eller unnlater å spise denne. Pasienter som må mates, må være tydeligere i sin demonstrasjon. Å lukke munnen eller fekte med armene er vanlig, ifølge pleierne.

*Ja, sånne som lukker igjen munnen og ikke vil gape. Mange ganger. Veldig mange.*

Som Stine sier her, opplever hun ofte at pasienter lukker munnen for å demonstrere at de ikke ønsker maten som serveres.

Hvorfor vil ikke pasienten spise? Dette ser ut til å være et ofte stilt spørsmål for pleierne. Under intervjuene ramset de opp flere mulige årsaker som må utredes. For det første kan det være at pasienten ikke er sulten, eller at vedkomne ikke liker maten. Hilde innleder med å si at hun ikke tvinger pasienter til å spise:

*Du kan jo ikke tvangsfore noen, så jeg ville bare gått ut av situasjonen og bare prøvd igjen senere. Prøvd å snu på det litt. Så kanskje snakke om andre ting eller... sånn. Man skal jo aldri tvinge noen til å spise, det kan jo være årsaker til at noen ikke vil spise.*

Enten pasienten kan snakke eller ikke, så forteller pleierne at de gjerne forsøker å ta fokus bort fra maten, dersom pasienten viser tegn til manglende matlyst. Ved å snakke om andre ting kan pasienten for et øyeblikk "glemme" den manglende matlysten, og kanskje få i seg litt mat like vel.

*Jeg ville gått ut av situasjonen, kanskje prøvd igjen senere. Kanskje prøvd med noen annen mat, finne ut... Sitter hun godt, eller er det noen grunn til at hun ikke vil ha den maten? Er hun ikke sulten, har hun vondt noe sted, har hun protese i munnen, har hun pussa tenner...Vond smak i munnen ikke sant... Mange sånne ting som man må tenke på.*

Liv lister opp en lang rekke mulige årsaker til at pasienten ikke vil spise. De fleste informantene gir meg en lignende liste. I tillegg er det flere som trekker fram at matlysten går opp og ned i perioder.

*"Jeg ville ikke spist det selv"*

I tillegg til tiltak i konkrete situasjoner der pasienter ikke vil spise, er pleierne opptatt av ernæring og måltider på et mer overordnet nivå. Flere forteller om at de forsøker å delta i måltidet sammen med pasienter, og hvordan de ønsker å servere delikat og smakfull mat. Dagny forteller her hvordan hun tilrettelegger måltidet:

*Tilrettelegging av måltid, kroppsspråk, om beboeren er trygg på den som sitter, ta seg god tid, vise kroppsspråk. Kanskje sette seg ned og ta en brødiskive med beboeren, prate litt først... Vil ikke beboeren ha mat, ok. Tvinger ikke i dem mat liksom.*

Flere av pleierne har sterke meninger om maten som serveres på avdelingen. Hilde uttrykker seg slik:

*Det viktigste for meg er å servere mat som ser fristende ut, og at de ikke får så mye av gangen. At de heller spiser lite og får mellommåltider. For det er jo ikke noe fristende i utgangspunktet, når man blir eldre så blir jo matlysten dårligere, og er man ikke helt i form så lager man heller mindre porsjoner og passer på at det ser delikat ut.*

Marie sier det slik:

*Vi serverer sånne tørre kjeks, og halvparten har ikke tenner. Og så står jeg ikke der og sier spis kjeksen din, de må få lov å... Jeg hadde gjerne gitt dem bløtkake og sånt hver dag, men det er sånn er det er bare... der kommer økonomien inn i bildet. Det er enkle ting det handler om, men gamle mennesker kjøper man ikke tørre kjeks til, men de får det. De får sånne kjeks som vi omtrent... jeg ville ikke spist det selv.*

Mange av informantene uttrykker at de gjerne vil servere mer frukt og fersk mat. Flere er også opptatt av det de opplever som lite variasjon i kosten:

*Noen er jo bare matlei. Det står jo ofte i matkortet at beboeren liker brunost ikke sant, så får den personen brunost hver dag. Så jeg tror det er veldig viktig å variere kosten litt. Det blir jo mye brødmatt, så jeg prøver å lage litt havregrøt som mange liker, eller banan med yoghurt... Etter hvert kjenner man de jo såpass godt at man veit hva som frister.*

Det kom også tydelig fram i intervjuene at flere av pleierne ønsker å kunne lage mer mat på avdelingen. Det gjelder også pleierne som jobber på avdelinger der de allerede tilbereder lunsj og middag i avdelingskjøkkenet:

*Vi baker ofte kaker og steker vafler. Det lukter jo godt, og. Jeg skulle ønske vi kunne gjøre mer av sånt, ha en brødbakemaskin og lage ting som lukter litt, for å få opp matlysta da. Jeg tenker det selv da... Hvis man våkner og så lukter det ferske rundstykker eller brød. Man blir jo sulten da.*

Under intervjuene var det flere av informantene som kritiserte rutinene rundt ernæring på sykehjemmet. Mange trakk fram bruken av ernæringsdrikke, og uttrykte at slike typer kosttilskudd brukes unødvendig mye. Flere av informantene mener at ernæringsdrikken er kvalmende og reduserer matlysten:

*Nå i det siste så har det blitt veldig mye sånne ernæringsdrikker og dem syns ikke noe om det. Det er en vi får det i, som tar alt. Eller to. Og dem setter det fra seg, ofte blir dem mette bare av det. I stedet for da å få litt mat. Det er så store mengder, de drikker kanskje ikke så mye fra før heller.*

### **5.1.2 Medisinering**

Informantene mine har mye å si om ernæring. Medisinering er de ikke er fullt så opptatt av. Det er ikke det at de ikke har noe å si om medisinering under intervjuene, men heller at de har mye mer å si om mat. Like vel har pleierne også utviklet strategier for å få pasienter til å ta medisinene sine.

Bjørng forsøker å sørge for at pasienten i det minste får i seg de viktigste tablettene. Det gjør hun ved å sette seg ned med pasienten og bruke tid på vedkomne:

*Noen får jo noe voldsomt med piller og store kapsler og... Nei, det er vanskelig altså. Kan liksom ikke tvinge i dem det heller. Og da syns jeg at man kan fokusere på dem viktigste pillene i hvert fall. At de tar de. Man må jo sette seg ned, og det tar tid. Men man må jo det. Det er ikke alltid det hjelper heller. Må bare prøve senere, annen pleier prøver eller... Ja.*

Borghild forsøker å realitetsorientere pasienten ved å informere om hensikten med tablettene:

*Jeg bruker å si at hvis vedkomne har smerter, så sier jeg "men du som har smerter i ryggen bør jo kanskje ta det, for at det hjelper deg lite grann". Det funker ofte å informere om hensikten med tablettene.*

Pleierne bruker ulike metoder på å få pasienten til å forstå at det er i hennes interesse å ta medisinene sine. Dersom disse metodene ikke fungerer, må dette dokumenteres:

*Vi har et felt der vi skriver "nektet tatt" eller "tatt i ettertid" eller et eller annet. Og så dokumenterer jeg på Gerica da.*

Det er få dramatiske fortellinger om medisinerings i mine intervjuer. Pleierne nevner ofte tvang innledningsvis, men avskriver at dette brukes i medisinerings av pasienter. Slik formulerer Ingrid det:

*Det er jo tvang hvis du knuser medisinene og blander det med syltetøy. Det er jo på en måte tvang. Men hvis du da sier at "her har du medisinene dine, de er blanda med syltetøy" og vedkomne gaper opp og svelger det ned så er ikke det noe problem. Men hvis de sier nei og du da begynner å holde igjen, da er det... men det skjer ikke. Du tvinger ingen til å ta medisiner, du skriver det i kardexen "nektet tatt" eller spytt ut igjen.*

Hilde følger samme metode som Ingrid:

*Hvis noen ikke vil ha medisiner... Vi tvinger jo aldri i noen medisiner. Da skriver jeg bare, dokumenterer det i Gerica, så i kardex, at beboer nektet å ta medisiner.*

Alle informantene mine har jobbet på sykehjem i mange år, og flere av dem uttalte at medisiner knust i syltetøy og andre former for skjult medisinerings er noe "vi har slutta med". Det var kun en av mine informanter som kunne fortelle om en konkret hendelse



der det ble brukt tvang i forbindelse med medisinerer. Tvangen var ikke godkjent, og ifølge pleieren gikk pasienten bort før vedtaksbrevet ble sendt fylkeslegen:

*Vi hadde tvang på øyendrypping. En holdt og en dryppa. Han hadde ordentlig betennelse og måtte behandles. Men han likte ikke at vi rørte øynene, så en holdt hendene, en holdt hodet og en dryppa. Så vi var tre stykker der inne. Det er ikke noen god følelse å gjøre sånn.*

### *Terminalfasen*

*De tøffeste situasjonene når det gjelder ernæring er i terminalfasen... Når pårørende vil, men beboeren vil ikke. Det syns jeg er den tøffeste fasen.*

Terminalfasen trekkes fram av alle pleierne som svært krevende, spesielt når det gjelder ernæring og medisinerer. Når pasienten er i ferd med å dø, krever det en helt egen form for omsorg og pleie. Kontakt og samarbeid med pårørende blir viktigere, og mange av pleierne opplever dette samarbeidet som tidvis vanskelig. Når pårørende vil, men pasienten nekter. Hva gjør pleieren da?

*Noen bare bestemmer seg jo. At nå skal de ikke spise mer. Og det er vanskelig. Vi kan jo ikke tvinge dem, og det er viktig i hvert fall å, hvis de hverken vil drikke eller spise...at man fukter munnen, og... ikke sant. Så prøver jeg å snakke om det med dem, at det er viktig og de får det bedre og... Få i deg litte granne kanskje, "er det noe... jeg kan lage hva som helst, er det noe du har lyst på?". Har dem bestemt seg så tror jeg de har bestemt seg. Da er det bare å fukte munnen og... De blir jo borte. Det er vanskelige situasjoner.*

*Familien kan være veldig bestemt. Dem sier "vi vil at mor skal leve. Vi vil at tante skal leve. Vi vil ha det, og vi vil ha det".*

Bjørg beskriver her vanskeligheten med å skulle forstå og respektere at noen ikke ønsker å leve lenger. Bjørg har jobbet på sykehjem i over 30 år, og er godt kjent med slike situasjoner. Man kan prøve å overtale, prøve alle slags typer mat, men til slutt kan man ikke gjøre mer. Pårørende har ofte vanskeligere for å innse dette, naturligvis. Å forholde seg til pårørendes ønsker kan gjøre situasjonen ekstra krevende for pleierne.

## 5.2 Hva ser vi?

Først og fremst viser materialet at hjelpepleierne er opptatt av ernæring, og at pasientene spiser og drikker nok. Alle informantene har utviklet metoder som brukes i måltidsituasjoner. Hovedsakelig går disse metodene ut på å finne ut av årsaken til at pasienten ikke ønsker å spise. Ulike pasienter krever ulike metoder, og kommunikasjonsevnen varierer fra person til person: pasienter som for eksempel lider av afasi (svikt i evnen til å bruke og forstå ord) eller pasienter som må mates, krever andre metoder enn for pasienter som selv kan uttrykke hva som er årsaken til at hun ikke ønsker maten som serveres. Uansett strekker pleierne seg langt i forsøkene på å få pasienter til å spise. Pleierne ønsker at maten skal være smakfull og næringsrik, og lager gjerne pasientens favorittmat dersom vedkomne ikke ønsker å spise dagens fellesmiddag.

Som vi så i materialet om dusj og stell av pasienter, innledet pleierne gjerne med utsagn om at "vi tvinger ingen". Det var også tilfelle i materialet fra samtalene om ernæring og medisinerings. I kapittelet om dusj og stell kom det fram at tvang likevel ofte brukes av pleierne når pasienter ikke ønsket å dusje. Men hva gjør pleierne når de har brukt sine metoder og strategier for å få pasienter til å spise, uten at disse fungerer? Det viser seg at dokumentasjon er et viktig hjelpemiddel for pleierne når det kommer til ernæring og medisinerings. Dessuten er det viktig her å gjøre som pleierne jeg snakket med, nemlig å skille mellom periodevis manglende matlyst, og terminalfasen der pasienten gjerne har bestemt seg for å slutte å spise. Begge faser har sine tilhørende strategier hos pleierne. I tillegg ser man et kontinuerlig ernæringsarbeide hos pleierne i deres engasjement og ønske om å servere fristende mat til pasientene.

## 5.3 Diskusjon

### *Omsorg gjennom mat*

Man må spise for å leve. Men mat er mer enn næringsstoffer. Mat er livskvalitet og har stor sosial verdi. Å flytte (til en institusjon) i de siste årene av livet vil være en krevende overgang for mange eldre. Min erfaring fra arbeid med demente er at flere snakker om at de "skal dra hjem snart", og utsagn som "jeg bor ikke her" er vanlige selv etter å ha bodd på den samme sykehjemsavdelingen i mange år. Hjemmet deres er ofte det siste som forsvinner fra minnet. Mange har spist den samme maten i mange år. Når man ikke kan ta vare på seg selv lenger, blir det sykehjemmets ansvar å ta vare på deg. Det betyr

at sykehjemmets ansatte sørger for at du får i deg mat til spesielle tidspunkter, og at du får tatt medisinene du trenger. Mange eldre får sykehjemsplass nettopp fordi de blant annet glemmer å spise og å ta medisinene sine.

Å drive sykehjem innebærer at mange mennesker skal få sine grunnleggende behov dekket. Individuelle behov dekkes til en viss grad, men det er ikke rom for at alle skal få sine ønsker oppfylt til enhver tid. Det bestilles egen middag til personer som trenger dette, enten det er farsemat, mat uten kjøtt eller egen mat til laktoseintolerante og diabetikere. Utover dette spiser alle stort sett det samme. Noen er heldige og får favorittosten sin innkjøpt av pårørende, slik at de kan fortsette å nyte denne til frokosten slik de alltid har gjort. For hjelpepleierne er mat en måte å utøve omsorg på. Mat kan være en trøst, noe man kan kose seg med foran tv-en eller i godt selskap. Å servere en varm kopp te etter en dusj er et uttrykk for omsorg. Det samme gjelder når pleieren lager en porsjon havregrøt til pasienten som ikke har lyst på brødmat. Steking av vafler og rundstykker skaper en hjemmekoselig atmosfære og kan bety mye i relasjonsarbeidet pleierne gjør. På samme måte som man tar vare på familiemedlemmer og lager mat til dem, tar pleierne vare på pasientene og gjør det de kan for at pasientene skal spise og drikke nok og godt. Pleiernes fortellinger vitner om empati og et ønske om å utøve god omsorg ovenfor pasientene.

### *Tvang*

De fleste pleierne nevnte tvang i forbindelse med samtalen om ernæring og medisiner. Innledningsvis sa de at "vi tvinger ingen til å ta medisiner" eller "vi driver ikke med tvangsforing". Begge formuleringene er velkjente for meg. Likevel kommer det fram at tvang ofte brukes, og spesielt tydelig ble dette i samtalene om dusjsituasjoner.

Spørsmålet er om den samme tendensen finnes i pleiernes fortellinger om ernæring og medisiner. Her blir mitt svar nei. Min tolkning av materialet er at tvang i liten grad brukes og/eller forsvares av pleierne når det gjelder ernæring og medisiner. Så hva er det som gjør at disse situasjonene skiller seg fra dusjsituasjonene?

Et hovedskille ligger i pleiernes forklaringer på hvorfor pasienten ikke ønsker å spise eller å ta medisiner. Når pleierne tvinger pasienter til å dusje, er dette fordi pasienten *ikke forstår* at hun må vaske seg når hun er tilgriset av urin og avføring. Pleiernes argumentering fungerer ikke som strategi. Å ikke ønske hjelp til å fjerne avføring på

kroppen sin oppfattes av pleierne som urasjonelt. De kan ikke respektere pasientens ønske fordi et oppegående, friskt menneske aldri ville ønsket det samme. Og her ligger forskjellen: når pasienter ikke ønsker å spise, har pleierne utallige forklaringer på dette. Man må spise for å leve, og det må være en *grunn* til det når noen ikke ønsker mat. En annen grunn enn at man er dement og "har glemte" at kroppen trenger næring. Derfor blir pleiernes strategi her å finne grunnen slik at de kan løse problemet - enten det er tannpine, manglende protese eller at pasienten ikke liker maten som serveres. Pleierne blir problemløserne som må være oppmerksom på flere ulike faktorer som kan påvirke pasientens matlyst. De strekker seg langt for å sørge for at pasientene får i seg nok mat og drikke, og de ønsker at maten som serveres skal være næringsrik og smakfull. Kanskje er mat en av de viktigste omsorgsoppgavene hjelpepleierne har. Gjennom intervjuene uttrykker samtlige av pleierne at de ønsker seg mer tid til å sette seg ned med pasientene, gjerne med mat og drikke. Det er satt av faste tidspunkt for måltider på avdelingen, og det ser ut til at pleierne er flinke til å utnytte denne tiden. Mye omsorg utøves på kort tid. Det er først når en pasient over lang tid ikke har ønsket mat at pleierne til slutt må innse at pasienten ikke ønsker å leve lenger, og har bestemt seg for å slutte å spise.

### *"Dokumentasjon, dokumentasjon, dokumentasjon"*

God mat kan bidra til økt livskvalitet for eldre og syke. Dermed blir pleiernes ernæringsstrategier kreative og mangfoldige, i tillegg til (og ved) å være et uttrykk for omsorg. I Læreplan for hjelpepleiere (1994) er det stort fokus på kost og ernæring, og det er tydelig at dette utgjør en stor del av pleiernes kunnskapssystem. Hjelpepleiernes jurisdiksjon går blant annet ut på å kunne "forebygge feilernæring ved å tilberede, veilede og legge til rette for riktig sammensatt kost og positive spisesituasjoner" (Læreplan for hjelpepleiere VK1, 1994). Medisinering som arbeidsoppgave mangler dette aspektet. Pleierne var ikke så interessert i å snakke om medisinering under intervjuene, og jeg tenkte underveis at det virker som at de har et litt distansert forhold til det. Medisinering utgjør ikke en like stor del av hjelpepleiernes formelle kunnskapssystem. Utdeling av medisiner er sykepleiernes domene, men hjelpepleiere ofte må ta denne jobben på grunn av sykepleiermangel. For enkelte pleiere vil slikt ansvar være uønsket. Det er grunn til å tro at mange heller vil holde seg til sitt eget kompetanseområde, selv om det går utover friheten de har til å bedømme oppgaver ut

fra eget skjønn. Det er ikke hjelpepleierne som har bestemt hvilke medisiner den enkelte pasient skal få, og for pleierne er det få variasjoner og muligheter når det gjelder medisiner. Tablettene er ferdig dosert og pleierens jobb er bare å dele ut riktige medisiner til riktig pasient til riktig tid. Denne arbeidsoppgaven gir lite rom for kreativitet og omsorg utover forsøkene på å få pasienten til å forstå hensikten med tablettene. Ifølge Abbott (1988) kan deler av en profesjons arbeidsoppgaver forsvinne ved at kunnskapen blir kommodifisert. Det betyr at ekspertkunnskaper blir automatisert og at yrkesutøvere uten spesialkompetanse kan bruke verktøy som kan utføre arbeidet som eksperter tidligere gjorde. Abstraksjon er det mest sentrale i en profesjons styrke, og kunnskap er valutaen i konkurransen om jurisdiksjon. For lite abstraksjon gjør at behandlingen automatisk følger av diagnosen, uten inferens. Dette vil gjøre profesjonens arbeid gjennomslagskraftig og arbeidet vil oppfattes som rutinepreget. Ernæring gir pleierne muligheter til å bruke sine kunnskaper i arbeidet, og de oppfatter dermed ernæring som mer meningsfullt arbeid enn medisiner. Som vist snakket flere av pleierne om det de oppfatter som overdreven og unødvendig bruk av medisiner og ernæringsdrikke. Mange mente at fokus på sunn og god mat er viktigere.

Selv om pleierne er kreative og har utviklet mange ulike strategier for å få pasienter til å spise og å ta medisiner, er den viktigste strategien deres likevel å dokumentere. Når pasienter nekter å ta medisiner, ser ikke pleierne ut til å ta det spesielt tungt.

”Løsningen” er å dokumentere i kardexen og i Geric (elektronisk pasientjournalssystem) at pasienten nektet å ta medisinene. Det samme skjer ved ernæring: når pasienten fortsatt nekter å spise etter at gjeldende strategier er forsøkt, dokumenteres det i Geric at pasienten for eksempel ikke ønsket å spise middag. Dokumenteringen er viktig fordi den gir muligheter for senere kartlegging og utforming av tiltak. Dessuten bidrar den til økt sikkerhet for pasientene ved at det kan undersøkes hva som har blitt gjort hos hvem og når. Journalføringen er for eksempel viktige kilder ved tilsyn fra Fylkesmannen. Dette forutsetter selvsagt at dokumenteringen tas på alvor og gjøres grundig av alle ansatte. Når jeg i denne sammenheng nevner dokumentering som en ”strategi”, er det fordi det er slik jeg tolker det ut fra pleiernes fortellinger. Når pleierne ikke har lyktes med sine strategier blir dokumenteringen en måte å ”lukke saken” på. Det viser at de har forsøkt, at de har gjort jobben sin. Dokumenteres det mange nok ganger at en pasient ikke spiser eller tar medisiner, blir det nødvendig med

tiltak, og ofte er det sykepleiere eller sykehjemslegen som tar disse avgjørelsene. Det kan se ut til at pleiernes dokumentering er en måte å "få unna" arbeid på.

At en pasient er sulten eller ikke har tatt medisiner er det ikke alltid lett å legge merke til. Kanskje er det derfor Kirkevold (2005) finner at de pasientene som oftest utsettes for medisiner skjult i mat eller drikke får angstdempende eller antipsykotiske medisiner, mens de som fikk medisin åpent i større grad fikk medisin for hjerte- og karlidelser. Det er en mulighet for at man forsøker flere strategier eller "prøver hardere" om man vet at en pasient blir utagerende eller engstelig uten medisiner, fordi det kan medføre konsekvenser for pleierne i form av økt arbeidsmengde. Å skulle tvinge pasienten til å åpne munnen og svelge mat eller tabletter er tvang som forutsetter en viss deltakelse fra pasienten, og i motsetning til dusjsituasjonene ser slik fysisk tvang her ut til å være et utelukket alternativ for pleierne.

#### *Løser de problemer?*

Ifølge Andrew Abbott (1988) er en profesjons oppgave å tilby eksperttjenester for å behandle eller løse menneskelige problemer (1988: 35). I Abbotts modell består profesjonell praksis av tre trinn - diagnose, inferens og behandling. I de fleste profesjoner vil det praktiske arbeidet være knyttet til et formelt kunnskapssystem. Å stille diagnose på et problem betyr å tillegge det en profesjons subjektive begreper. Informasjon hentes inn i profesjonens kunnskapssystem og fortolkes i henhold til dens begreper. Behandling og diagnose baserer seg på et klassifikasjonssystem unikt for profesjonen. Inferens innebærer resonnering og refleksjon rundt problemet, og gjøres i perioden mellom diagnose og endelig behandling. Inferens er måten profesjonen forstår og løser problemene på – dens kunnskapssystem – og er en del av profesjonens utdanning. Graden av inferens varierer fra tilfelle til tilfelle. Hovedregelen er at mye inferens brukes når koblingen mellom diagnose og behandling er uklar. Inferens kan utøves ved *eksklusjon* eller *konstruksjon*. I medisin benyttes eksklusjon i stor grad, noe som innebærer at flere typer behandling forsøkes for å se resultatene av dem (Abbott 1988: 52).

Hjelpepleierne ser seg selv som problemløsere. Det er tydelig at deres vilje er stor og at det er noen problemer de kan løse, som for eksempel å lage en pasients favorittmat i forsøket på å unngå underernæring. Behandlingen av et problem

innebærer som nevnt at det hentes instruksjoner ut av profesjonens kunnskapssystem. Ernæring er en viktig del av hjelpepleiernes kunnskapssystem, og de innehar instruksjoner og begreper til å kunne behandle slike ernæringsmessige utfordringer. Men hva om pasienten for eksempel har dårlig tannhelse og trenger ny tannprotese? Slike uoverstigelige jobber krever kompetanse som pleierne ikke er i besittelse av. Hjelpepleiernes jurisdiksjon er daglig omsorg og pleie, og innenfor disse rammene er viljen til å hjelpe stor. Sykepleiere, leger og fysioterapeuter kan kanskje løse mange av det som for hjelpepleierne vil være "uoverstigelige jobber", men fordi hjelpepleierne ofte har en tettere og hyppigere kontakt med pasientene, vil de ofte kunne komme over på sykepleiernes domene. Det kan se ut til at kunnskapssystemet de har fått gjennom utdanning ikke samsvarer med mange av utfordringene de møter. Å ikke kunne diagnostisere disse problemene på grunn av manglende kompetanse vil føre til at pleierne ikke har mulighet til å behandle, eller at forsøkene på behandling ikke vil fungere. Flere av pleierne forteller om en stadig tilbakevendende følelse av utilstrekkelighet. Intervjuene viser at pleierne *vil være* problemløserne, og tidvis er de det. Men det viser seg altså at noen problemer er av en karakter som gjør det vanskelig for pleierne å løse dem. Når pleierne blir satt til å løse problemer og stille diagnoser som deres kunnskapssystem ikke er laget for, er resultatet at de ofte ikke klarer å løse problemene de møter. Slik blir dokumentasjonen en unnskyldning. Det fungerer som en løsning på at kunnskapssystemet ikke er tilpasset problemene de møter, og blir en måte å avslutte problemet på uten behandling.

Det er også tilfeller der pleierne ikke lykkes i sine ernæringsprosjekter. Av egen observasjonserfaring vet jeg for eksempel at "kulturfræmmed servering" er en gjenganger på sykehjem. Et eksempel er en historie om pleierne som aldri hadde laget norsk julemiddag før, og som serverte riskremen sammen med ribba på julaften. Unge pleiere har heller ikke alltid kjennskap til tradisjonell norsk mat. Hvordan serveres egentlig flesk og duppe? Alle elementene i retten ligger i lukkede plastposer. I en historie jeg har blitt fortalt, hadde pleierne på et sykehjem servert potetene og sausen (duppen) til forrett, mens flesket og kålrotstappen ble servert til hovedrett. Generasjons- og matskikker endrer seg, og det er mange lignende (tragikomiske) historier. Jeg har selv erfart at pleierne på avdelingen jeg jobber på ønsket å innføre "lørdagskos" på kvelden, der man serverer pizza eller taco. Dette er matretter den yngre

generasjonen gjerne forbinder med helg og kos. Pleierne gledet seg til å servere "ordentlig god mat" til pasientene på lørdagskvelden, men man kunne ikke rapportere om jubelstemning fra pasientene i stua da tacoen ble satt på bordet.

### *Å kjenne pasienten*

Samtlige pleiere beskrev strategier som alle har samme forutsetning for å fungere: at pleieren kjenner pasienten godt. For å kunne gi god og individuell omsorg er det nødvendig at pleieren har kjennskap både til pasientens historie og preferanser, men også at pleieren kan gjenkjenne pasientens reaksjoner eller væremåter over lengre tid. Det er også en forutsetning i seg selv for at pleierne skal ha mulighet til å utvikle strategiene de bruker i arbeidet for å unngå tvang.

Som nevnt i tidligere kapitler er pleierne opptatt av god kjemi og kommunikasjon med pasientene. De har erfart at sannsynligheten for å lykkes i samhandlingen blir større ved å etablere gode relasjoner til pasientene. Ofte er denne relasjonen avgjørende for om pleierne får utført arbeidsoppgavene sine som planlagt. Å knytte slike relasjoner betyr ofte at pleierne må prioritere samvær med pasientene framfor det som anses som "arbeid" i pleiekulturen, nemlig praktiske pleieoppgaver. Pleierne opplever ikke at de har tid til dette, og kombinerer gjerne pleieoppgavene med å knytte relasjoner til pasientene. På samme måte som at de drikker kaffe og prater samtidig som de tørker støv på en pasient sitt rom, forteller flere av pleierne om hvordan de forsøker å få tid til å ta seg en brøds-kive sammen med pasienter under måltidene. Noen pasienter deltar heller ikke på fellesmåltidene, men spiser på rommet sitt av ulike årsaker. Mange av pleierne fortalte meg at dårlig samvittighet ovenfor disse pasientene er en av tingene de tenker mest på etter endt arbeidsdag. Samtlige av pleierne ønsker seg mer tid til pasientene, og spesielt til de som sitter alene på rommet sitt hver dag. Å kunne sette seg inne hos disse personene med en kopp kaffe eller matbit er et stort ønske hos flere av pleierne.

## **5.4 Oppsummering**

Dette kapitlet har handlet om ernæring og medisinerings. Den ulike plassen jeg har viet til de to er omtrent det samme størrelsesforholdet som pleierne brukte i intervjuene. Intervjuene viser at pleierne er opptatt av ernæring, og bruker mye tid og energi på å få pasienter til å spise. Pleierne ser på seg selv som problemløsere som finner årsakene til



at pasienter vegrer seg for å spise eller å ta medisiner. De fleste pleierne nevnte tvang i forbindelse med samtalen om ernæring og medisiner. Innledningsvis sa de at "vi tvinger ingen til å ta medisiner" eller "vi driver ikke med tvangsforing". I motsetning til funnene i kapittelet om dusjsituasjoner, er min tolkning av materialet her at tvang i liten grad brukes og/eller forsvares av pleierne når det gjelder ernæring og medisiner. Når pasienter ikke ønsker å spise, har pleierne flere mulige forklaringer på dette. Pleierens jobb blir å finne ut av årsaken, og løse problemet. For pleierne er det kun pasienter som ønsker å dø som slutter å spise.

Pleierne strekker seg langt for å sørge for at pasientene får i seg nok mat og drikke, og de ønsker at maten som serveres skal være næringsrik og smakfull. Kanskje er mat en av de viktigste omsorgsoppgavene hjelpepleierne har. Gjennom intervjuene uttrykker samtlige av pleierne at de ønsker seg mer tid til å sette seg ned med pasientene, gjerne med mat og drikke. Pleierne opplever ikke at de har tid til dette, og kombinerer gjerne arbeidsoppgavene sine med å knytte relasjoner til pasientene. Likevel er den viktigste strategien deres å dokumentere. Når pleierne ikke har lykket med sine strategier blir dokumenteringen en måte å "lukke saken" på. Det viser at de har forsøkt, at de har gjort jobben sin. Dokumenteringen viser at de har prøvd, men kan også være et bevis på pleiernes opplevde mangel på tid. Dessuten kan det gi et bilde av hvordan pleierne rimeligvis ikke vier medisiner like mye oppmerksomhet som ernæring, da medisiner egentlig er en del av sykepleiernes jurisdiksjon, men at hjelpepleierne gjennom "autonomi ved uteblivelse" blir nødt til å utføre slike oppgaver. Hjelpepleiernes manglende interesse for medisiner forklares også med at ernæring rimeligvis oppfattes som mer meningsfullt arbeid ved at det er en større del av deres jurisdiksjon og kunnskapssystem.

## 6 Vandring og annen uønsket atferd

Det er vanlig å dele demenssymptomer inn i kognitive, motoriske og psykologiske- og atferdsmessige symptomer (Engedal 2000: 218). Dette kapitlet handler om de psykologiske og atferdsmessige symptomene, og hvordan disse håndteres av hjelpepleiere på sykehjem. Symptomene kan være depresjon, angst, panikkangst, vrangforestillinger, hallusinasjoner, rastløshet, motorisk uro, irritabilitet og aggressivitet, og repeterende handlinger som hamstring og roping (Engedal 2000: 219). Årsakene til slik atferd er komplekse, og atferden er ofte vanskelig å forholde seg til av pleiere og pårørende.

Målet med dette kapitlet er å gi et bilde av hva pleierne opplever som krevende atferd hos pasienter. Først redegjør jeg kort for de tre typene atferd som pleierne la vekt på som uønsket i intervjuene. Dette er gjort for å gi leseren en bedre forståelse av pleiernes opplevelser, samt en forståelse av hvordan demenssykdom kan arte seg. Deretter har jeg viet mye plass til pleiernes fortellinger om strategier og metoder. Det er stort sett de samme strategiene som går igjen, både i akkurat denne sammenhengen, men også i forgående kapitler. Selv om det er mange likheter med strategiene som brukes i dusjsituasjoner og måltider, viser det seg at mulighetene for å lykkes med strategier mot uønsket atferd om mulig er enda mindre.

### 6.1 Psykologiske og atferdsmessige symptomer på demens

#### *Vandring og motorisk uro*

Noen pasienter har en tendens til å vandre. Enkelte går fram og tilbake i korridoren på avdelingen store deler av dagen, mens andre går i sirkler på stuegulvet. Noen må "forte seg for å rekke gudstjenesten", og forlater sykehjemmet kun iført nattskjorte og tøfler. Andre pasienter tømmer hyller og skap for så å pakke tingene ned i poser, før de ryddes på plass igjen senere, og handlingen gjentas. Alt fra undertøy til potteplanter pakkes opp og ned. Samling av papir eller andre gjenstander er også vanlig. Ifølge Engedal (2000: 227) er slik atferd gjerne et uttrykk for at pasienten savner sine vanlige aktiviteter. Selv har jeg hatt en pasient som hadde jobbet hele livet i bank, og han tilbragte dagen lang på rommet sitt der han sorterte papirer og aviser i perfekte bunker

på bordet sitt. Vandrerne er ifølge Engedal ofte mennesker som aldri har trivdes med å sitte i ro, og ved å få rede på pasientens tidligere handlingsmønster vil man kunne finne årsaken til hyperaktiviteten (2000: 227).

### *Irritabilitet og aggressivitet*

Engedal (2000) skiller mellom forsvarsaggressivitet og angrepsaggressivitet.

Forsvarsaggressivitet kan "skyldes at pasientens intimsfære overskrides, at han misforstår den aktuelle situasjonen eller føler seg frustrert, såret, krenket og skamfull, eller at han gjenopplever en tidligere vond opplevelse" (Engedal 2000: 226). Angst ligger ofte bak forsvarsaggressivitet. Angrepsaggressivitet defineres som aggressiv atferd uten noen synlig årsak (Engedal 2000: 226). Slik atferd kan tyde på biologiske skader som skader i frontallappene eller i hjernestammen. Skader som dette kan føre til manglende impuls kontroll og et "rigid primitivt atferdsmønster" (Engedal 2000:226). Noen mennesker har også hatt en primitiv angrepsatferd gjennom hele livet.

### *Roping*

Noen pasienter roper stereotypt "hallo! hallo!" eller "hjelp meg, hjelp meg" uten pause, og stopper kun når man henvender seg til vedkomne. Andre roper uavbrutt selv ved andre menneskers tilstedeværelse. Slik atferd er vanskelig å forstå, og ofte er ikke pasienten selv klar over atferden, noe som vanskeliggjør tilsnakk og formaninger om å slutte å rope (Engedal 2000: 225). Det er vanskelig å vite om ropingen er en form for kommunikasjon eller om den er blitt en type selvstimulering. De aller fleste mennesker som jobber med demente pasienter kjenner til denne typen atferd, og vet hvor vanskelig det er å stoppe eller begrense ropingen (Engedal 2000: 225)

## **6.2 Materialet**

Dette kapitlet skiller seg fra de to forgående ved at det her ikke ble tatt utgangspunkt i en helt konkret situasjon i intervjuene. I kapitlene som handler om dusj og ernæring forsøker pleierne å få en pasient til å gjøre noe, enten det er å dusje eller å spise. I delen av intervjuene som omhandlet krevende og uønsket atferd hos pasientene, sto pleierne friere til å selv introdusere situasjoner som de opplever som vanskelige. Pleierne jeg snakket med trakk fram *vandring, voldelig og/eller aggressiv atferd* og *roping* som de mest krevende formene for atferd de finner hos pasientene sine. Derfor vil dette kapitlet

kretse rundt situasjoner som springer ut av disse tre atferdstypene. Hvordan håndterer pleierne slik atferd?



Figur 3: Forfatters illustrasjon, vist informanter under intervjuet

*Det minner meg om de siste dagene (latter). Jeg har en som vandrer veldig, skulle vært på skjerma enhet, men det er jo ikke plass. Det er en pleier med henne konstant, som må bare snakke henne ut av det. Hun skal hjem og melke kuene, og så skal hun hjem til bestemor. Hun er fra Ålesund, så hun skulle gå hjem til Ålesund i går. De er jo så kjappe også, så de er borte før du vet ordet av det. Men så har du dem vi har satt ståheisen foran døra og stol foran soveromsdøra så vi skal høre når de går ut, for da dytter de på stolen. Spesielt på natta har vi gjort det.*

#### *Pasienter som vandrer*

I likhet med hjelpepleier Borghild i sitatet over, nevnte alle pleierne vandring da de så illustrasjonen min. De fleste hadde lignende historier om pasienter som må ha tilsyn nesten hele tiden for at de ikke skal stikke av. Hjelpepleier Stine forteller her om en pasient på avdelingen hennes:

*Her om dagen sprang jeg oppover \*\*\*\*\*gata etter henne, på kvelden. Hun nekta å gå inn igjen. Da var det bare å sette i gang med å få henne på andre tanker. "Vi kan ta bussen sammen i morgen", og til slutt gikk hun med på det da. Det morsomme med det var at hun huska det dagen etter, så da fikk jeg jo høre det.*

Stines fortelling viser hvordan pleierne finner på ting å si som kan få pasienten til å bli med tilbake til sykehjemmet. Ofte innebærer dette ting man kan gjøre "senere i dag" eller "i morgen". Pasienten til Stine går med på å ta bussen med henne i morgen i stedet, og blir med tilbake til avdelingen. Stine hadde ikke regnet med at pasienten skulle huske dette dagen etter. Hun løy for å få med seg pasienten inn igjen, og turen Stine lovte at de skulle ta, ble det ikke noe av. Slike historier er det mange av i mitt materiale.

*Det er den overtalelsen, finne på ting... Det er ikke alltid det funker med realitetsorientering, å si at "men mamma er død", "hvor gammel er du og hvor gammel er din mor"... Man må finne på noe, sette seg ned og gjøre en aktivitet med de, gå en tur på huset.*

Noen av pleierne fortalte historier som overrasket meg, på den måten at de har pasienter som krever svært mye oppmerksomhet av pleierne på avdelingen. Det er tydelig at mange demensavdelinger har pasienter som kanskje heller skulle vært på en skjermet avdeling med færre pasienter og flere pleiere:

*(...) Hun tar vi med overalt vi går. For å slite henne ut så hun sover på natta. Det funker. Det tar jo veldig på for oss, det er veldig slitsomt. Vi har jo egentlig ikke ressurser til det. Ikke noe ekstra bemanning. Som i går, var jeg alene hjelpepleier på 18 pasienter. Deler medisiner til de 18, pluss at jeg skal legge fem stykker. Og passe på henne. Du blir veldig sliten i hodet. Hun prater også konstant. Så må du hele tiden tenke på nye løsninger, så det merker jeg veldig psykisk. Man blir veldig sliten i hodet. Vi bytter litt på da, hvis man er i stell og sånt. Men det hender faktisk at vi har måttet ha henne med inn i stell hos andre beboere.*

Heldigvis er ikke dette en gjenganger i materialet mitt, men det var flere pleiere som fortalte lignende historier om svært krevende pasienter. For de fleste pleierne var "hvite løgner" en vanlig strategi når en pasient ville ut:

*Jeg sier at det er Så kaldt ute, og så glatt! Jeg kunne så vidt komme meg inn døra her! Og det sier jeg for eksempel fordi mange eldre er redde for å fryse. Så jeg må faktisk si noe sånt noe. Og det er jo kaldt for de, uansett om det snør eller ikke. Jeg jurer ikke utenom når jeg sier det er glatt. Og så det at vi kan vente litt, sette oss*

*ned og ta en kopp kaffe og slappe av litt. Ta henne under armen og hente en kopp kaffe.*

Den strategien som er vanskeligst og få til viser seg likevel å være den strategien pleierne bruker mest: tid til pasienten. Hilde sier det slik:

*Min erfaring er ofte at hvis jeg tar meg tid til å være sammen med henne litt, ta henne under armen og så går vi ned i første etasje, kler på oss og går en tur ut, eller at hun hjelper meg på kjøkkenet og setter inn i oppvasken... At du tar deg tid. Det er ofte at de som er demente har behov for den alenetiden sammen med pleieren, om man bare sitter der og holder henne i hånda litt liksom.*

Liv bruker ofte den samme strategien:

*Det kommer jo an på hvor mange vi er på vakt, men siden det ikke er noen skjerma avdeling så kan vi ikke nekte henne å gå ut. Så hun kan jo faktisk gå ut da. Det er et dilemma som er hele tiden. Men jeg tar meg som regel tid til å snakke med henne, og ta henne med inn på rommet og sett i album. Der har hennes liv og hun kan sitte og mimre litt. For hun er jo dement, men bilder og gamledager er jo noe de husker godt, så det har jo veldig god effekt.*

*Pasienter som roper*

Alle pleierne nevnte roping som en vanlig type av uønsket atferd hos pasientene deres.

*Vi har jo noen som roper... Jeg har jobba natt, men det er ikke så mye man får gjort med det. Men de får jo beroligende en del da. Så det blir brukt en del medikamenter. Dem har jo ikke... På natta er man alene med 23 beboere, så det er jo ikke så lett å sette seg ned og... Nei.*

*Vi har en som ligger og roper veldig, veldig. Hun er jo sengeliggende, har vært det i 15 år. Bare roper hele tiden. Så det er det vel ikke så veldig mye tiltak på annet enn at vi innimellom er nødt til å lukke døren, snakke og prøve å roe henne ned. Så går det ti minutter og så er det full rulle igjen.*

Hjelpepleier Ingrid har disse tankene om roping:

*Roping er jo... er det om dagen så er jo ikke det noe... Det er verre hvis det er på natta. Da må du på en måte tilkalle sykepleier å gi noe beroligende. Hvis de ikke allerede har fått det de skal ha da. Hvis de har det så må de få eventuelt-medisin som legen har forskrevet. Det er jo en grunn til at legen har forskrevet eventuelt-medisin, og det blir ofte ikke brukt. Men det kan jo være at de skriker fordi de har smerter, et eller annet. Eller så kan det være forvirring. Det må man jo finne ut av.*

*Da må du bare gå inn og sette deg hos beboeren og berolige. Prøve så langt det går å berolige, så den skjønner at du sitter der. Er trygg. Det har du tid til på natta i løpet av ti timer, med mindre det er mors (stell av døde) eller noe som skjer.*

Ingrid skiller mellom natt og dag, og sier videre at det på dagen er vanskeligere å få tid til å berolige pasienter gjennom kommunikasjon:

*Men på dagen... prøver vi så langt det lar seg gjøre å sette oss ned. Men så er det dette med tid, det er ikke ofte du har tid til å sette deg ned med dem. Det er det som er vanskelig. Du har ikke tid til noe annet enn praktiske oppgaver som må gjøres. Det er så vidt du får gjort det du skal. Før så hadde du tid til å gjøre det du skal, og så litt ekstra. Men det ekstra kan du bare glemme nå. Får du tid til det du skal nå så må du egentlig være fornøyd med det. At du har klart å få tid til det.*

### *Voldelige og aggressive pasienter*

Alle pleierne jeg har snakket med, fortalte på eget initiativ om aggressive og voldelige pasienter. Det er ikke rart at slike historier nevnes i samtaler om krevende sider ved arbeid på sykehjem. Alle pleierne har vært utsatt for utskjelling og vold fra pasienter i en eller annen form. Historier om pasienter som kjører på pleieren med rullator, slag og sparking, spyting, lugging og klyping er vanlige i mitt materiale. Alle pleierne sier at de opplevde situasjonene som vonde og vanskelige, men har samtidig holdninger om at det "er en del av jobben" å håndtere aggressive og voldelige pasienter.

*Jeg har blitt slått med knyttneven i ansiktet, jeg har blitt kjørt ned med rullator, og det er jo... Altså der og da så syns jeg det er ille. For du skal jo ikke bli skada på jobben. Og du skal ikke være redd, det er det mange som er. Jeg har vært borti enkelte som har nekta å ta vakter når vi har hatt utagerende beboere, fordi de var redde.*

*Vi har hatt mye vold. Jeg har fått meg et par ørefiker, jeg har fått en stokk i ryggen (ler), jeg har blitt sparka, spytta på... Jeg har blitt kalt de utroligste skjellsord. Ja. Men så har det noe med å tenke at "ok, jeg får være profesjonell, la det gå inn det ene øret og ut det andre". Noen dager er tøffe, men sånn er det.*

Hjelpepleier Marie er opptatt av hvordan småprat kan fungere forebyggende mot krevende situasjoner, og bruker praten til å unngå aggressivitet hos pasienter:

*Hvis de er sinte så jaja, det går bra. Jeg har lange armer så jeg er ikke noe sånn at jeg... når jeg jobber på demensavdeling så har man jo særlig mannlige pasienter*

*som kan slå. Men det er greit, jeg takler det. For å si det sånn. Jeg forebygger ved å prate.*

*Når de har det kjipt så tar de det jo utover de som er der. Men man blir jo vant til å bli kjefta på, går ikke og tenker på det liksom. Jeg tenker mer på den personen som ikke har det noe godt.*

### **6.3 Diskusjon**

Materialet viser først og fremst at psykologiske og atferdsmessige demenssymptomer fører til mange og krevende situasjoner på sykehjem. Pleierne er kjent med disse situasjonene, og har utviklet flere strategier for å unngå eller dempe ulike typer av uønsket atferd. Samtidig viser materialet at det er noen typer av atferd som erfaringsmessig viser seg å være vanskelige å unngå, og som derfor ikke har noen egentlige løsninger. Ulike typer av krevende atferd krever ulike strategier fra pleierne, men pleierne erfarer at en-til-en-tid er en strategi som fungerer på tvers av atferdstypene. Likevel synes det som at dette er en strategi som sjelden brukes i praksis, hovedsakelig på grunn av tidsbrist. I stedet bruker pleierne ulike triks som innebærer å lure pasienten.

I kapitlene om dusj og ernæring så vi at tvang var et viktig tema som pleierne gjerne tok opp selv. Det viste seg at tvang i større eller mindre grad ble brukt av pleierne, uten at de nødvendigvis tolket det slik selv. Materialet om vandring og annen uønsket atferd skiller seg fra disse kapitlene ved at tvang i liten grad ble snakket om, og det ser ut til at tvang heller ikke anses som et alternativ i disse situasjonene. Lukkede dører og at man skjuler knappene på heisen med papir, snakkes ikke om som tvang av pleierne. Tvang ble heller ikke ansett som et alternativ i kapitlet om ernæring og medisinerings, og der ble dokumentasjon en viktig løsning for pleierne. Dokumentasjonen ble en måte å avslutte saken på. Når det gjelder pleiernes håndtering av uønsket atferd ser dokumentasjonsaspektet ut til å forsvinne litt. Hvorfor er det slik? Og hvis løsningen ikke er dokumentasjon – hva er den da? Selv om pleierne har flere strategier å bruke, kan det se ut som at vandring, roping, vold og annen uønsket atferd er noe pleierne ikke har mange muligheter til å gjøre noe med.



Rokstad m.fl. (1996) definerer vanskelig atferd slik:

*Et uønsket handlingsmønster som ikke kan forklares ut fra demenssykdommens forløp, men som er et resultat av den dementes forståelse/manglende forståelse av sine omgivelser og samhandling med sine omgivelser som springer ut av den forståelse/manglende forståelse som finnes.*

Ifølge Engedal er dette en hensiktsmessig måte å definere vanskelig atferd på, da vanskelig atferd ikke må forstås som uforståelig atferd (Engedal 2000: 234). Dessuten må "vanskelig" eller "uønsket" defineres ut ifra hvem atferden er vanskelig eller uønsket for: pasienten selv, andre pasienter, pårørende eller pleiere? Pleierne jeg har snakket med, ser ut til å se atferden som problematisk for pasienten selv ved at vedkomne ikke har det godt, for andre pasienter ved at urolige pasienter gjerne skaper en "dominoeffekt" og gjør andre pasienter urolige og engstelige, og dermed for pleierne ved at de får en økt arbeidsmengde. Støy, i form av konstant roping, vil være plagsomt for alle.

Engedal påpeker at nesten all aggressiv atferd hos demente skjer i sammenheng med omgivelsene. For å håndtere slik atferd må man derfor kartlegge type, hyppighet og i hvilke situasjoner atferden oppstår. Behandlingen er avhengig av i hvilken grad man er i stand til å forstå pasientens handlingsmønster, og legge forholdene til rette for å bryte mønsteret (Engedal 2000: 234). Hver dag håndterer pleierne flere pasienter med demenssymptomer som vandring, roping og aggresjon. Måten pleierne håndterer slik atferd på, skiller seg fra hvordan Engedal mener at den bør håndteres. I mitt materiale er det lite som tyder på at pleierne har kunnskap om psykologiske og atferdsmessige demenssymptomer. Pleierne snakket i liten grad om å for eksempel kartlegge pasienters aggressive atferd for å kunne bryte mønsteret. Fortellingene deres vitner ikke om at de forsøker å sette seg inn i og forstå pasientens handlingsmønster. I stedet viser materialet at pleiernes håndtering av aggressive og urolige pasienter blant annet går ut på å bruke ulike triks som innebærer å lure pasienten. Tvangstiltak som fysisk tilbakeholdelse, sæler i rullestoler, bord som hindrer pasienten i å reise seg og stengte dører er også en del av fortellingene deres.

Fortellingene viser hvordan pleierne lurer pasientene ved å si at heisen ikke er til å stole på, og at de risikerer å bli stående fast i den dersom de går inn i heisen. De

forteller pasienter om kaldt vær og glatt is på bakken, da de vet at eldre mennesker ofte fryser og er redd for å skli og skade seg. De trenger strategier som krever lite tid, og som fungerer raskt.

Som vist i kapitlene om dusj og ernæring, er det praktiske arbeidet i de fleste profesjoner knyttet til et formelt kunnskapssystem (Abbott 1988). Det er dette kunnskapssystemet som benyttes ved inferens, altså måten profesjonen forstår og løser problemer på. Dette kunnskapssystemet er en del av profesjonens utdanning, men i følge Abbott kan det være store forskjeller mellom den akademiske kunnskapen og den praktiske yrkesutøvelsen. Det akademiske kunnskapssystemet er så idealisert og abstrakt at det ikke egner seg direkte for praktisk bruk. Derfor er akademisk profesjonell kunnskap mer symbolsk enn praktisk, og er med på å legitimere det praktiske arbeidet ved å knytte det til kulturelle verdier (Abbott 1988). Det akademiske kunnskapssystemet har også som formål å utvide profesjonens kunnskapssystem ved utvikling av nye diagnose-, behandlings- og inferensmetoder, samt å opplære nye profesjonsutøvere.

Det formelle kunnskapssystemet består av systemer for klassifikasjon og inferens, og skal gi pleierne kunnskap om hvordan de skal forstå og løse problemer. Strategiene som pleierne forteller om, viser til mangelfulle kunnskaper om hvordan krevende atferd hos demente bør håndteres. Fortellingene deres vitner om liten bruk av strategier som baserer seg på kunnskap om demens og krevende atferdstyper. Helsetilsynets rapport "Tvil om tvang" viser til lignende funn: i rapporten beskrives pleiere med mangelfulle kunnskaper om ikke-kompetente pasienter og om Pasient- og brukerrettighetsloven. Pleierne har utilstrekkelig kunnskap om- og ferdigheter til å håndtere situasjoner der pasienter motsetter seg helsehjelp. Pleiernes fortellinger dreier seg om hvordan de forsøker å dempe eller unngå pasientens atferd ved hjelp av løgner eller triks, snarere enn et mål om å forstå atferden og dermed kunne avbryte den. Deres strategier bygger på erfaringer og kunnskap de har tilegnet seg gjennom arbeid og sosialisering i årene som yrkesutøvere. Når pleierne befinner seg i en situasjon hvor pasienten er utagerende og roper ustoppelig, viser det seg at de ikke har de nødvendige verktøyene for å forstå og løse situasjonen. De mangler både kunnskaper om atferdsmessige demenssymptomer og om hvordan de skal håndtere disse situasjonene. Sannsynligvis har manglende fagliggjøring av krevende situasjoner på

sykehjem gjort at pleierne ikke har den nødvendige kunnskapen til å håndtere slik atferd hos demente pasienter. Pleierne gjør mer enn de lærer på skolen, og strategiene de bruker for å håndtere krevende pasientatferd inngår ikke i deres formelle kunnskapssystem. I stedet har læringsprosesser og sosialisering gitt dem lite fruktbare nødstrategier som ofte innebærer å lure pasienten, og som må gjentas flere ganger hver dag. Det viser seg at pleierne heller ikke når det gjelder uønsket atferd, har muligheter til å løse problemer slik de ønsker å gjøre. Tidvis strekker de seg langt for å gjøre det de kan. Om det er tilstrekkelig for å dempe eller bryte krevende atferd fra pasienter, er det derimot vanskelig å si noe om med metoden jeg har brukt i denne oppgaven.

### *Nødstrategier*

Det som Hem m.fl. (2013) kaller "lirke- og luremetoder", er det jeg her kaller nødstrategier. Når pleierne ikke opplever å ha mulighet til å bruke strategien de mener at fungerer, bruker de nødstrategier som innebærer å lure pasienten. Men disse strategiene kan også vise hvordan pleierne finner løsninger og er tålmodige. Hem m.fl. trekker en parallell til begrepet "å makte". I følge Juritzen (2009) "makter" pleierne å holde ut motstand og avvisning i pleiesituasjonene ved at de er tålmodige og kreative i arbeidet sitt. Når pasienten står ved heisen og sier "nei, jeg vil ikke være her, jeg skal hjem", kan pleieren svare at "nei du, nå er det så fryktelig kaldt ute. Kan du ikke heller ta en kopp kaffe med meg på kjøkkenet? Der er det godt og varmt, og jeg hadde satt pris på litt selskap. Så drar vi heller litt senere?". Slike nødstrategier er nødvendige i pleiernes arbeidshverdag, og materialet viser at det er slike strategier som er mest brukt i pleiernes arbeid med krevende og urolige pasienter. En av ulempene med denne typen strategier er at de gjerne må gjentas flere ganger per dag, og dette kjennetegnet går dårlig overens med det faktum at pleierne har svært liten tid til hver enkelt pasient. Mange pasienter opplever å høre slike "vi tar det i morgen"-utsagn flere ganger daglig, og min oppfatning er at nødstrategier av denne typen vanskelig kan omtales som godt omsorgsarbeid.

Samtlige pleiere beskrev strategier som alle har samme forutsetning for å fungere: at pleieren kjenner pasienten godt. Jeg har i tidligere diskutert dette mer inngående og vil derfor kun nevne det kort her. Pleierne er opptatt av å ha god kjemi og kommunikasjon med pasientene, og har erfart at sannsynligheten for å lykkes med deres strategier er større dersom de har etablert gode relasjoner. Å kjenne pasientene

godt er også en forutsetning i seg selv for at pleierne skal ha mulighet til å utvikle strategiene de bruker i arbeidet for å unngå tvangsbruk.

Pleierne kan ikke stenge noen inne. Dersom en pasient ønsker å forlate avdelingen, vet pleierne at de må klare å stoppe vedkomne uten fysisk tilbakeholdelse. Alle pleierne gjorde det klart i intervjuene at de har denne holdningen til vandrede pasienter. Likevel fortalte noen av pleierne om situasjoner der tunge gjenstander blir brukt for å hindre pasienter i å gå ut av rommet sitt. Spesielt er denne "strategien" brukt på natta, da kun én pleier har ansvar for opptil 35 pasienter. Dette er å anse som fysisk tilbakeholdelse, og er ifølge loven et tiltak som ikke skal brukes. At noen pleiere bruker en slik løsning, gir et bilde av den utilstrekkeligheten mange pleiere føler på, ved å ikke kunne være på flere steder samtidig. Tidsaspektet er fremtredende både når det kommer til strategier for dusj og ernæring, men spesielt tydelig blir tiden når pleierne skal håndtere krevende atferd hos pasienter.

Strategien som pleierne forteller at fungerer, er en-til-en-tid. Å sette seg ned med pasienten eller å gå en tur, prate om gamledager, holde hender, bla i fotoalbum eller drikke kaffe. Denne strategien brukes ved flere typer av uønsket atferd, enten personen roper (tilsynelatende) ustoppelig eller er fast bestemt på å reise hjem til mor og far i Grimstad. Noen pleiere fortalte at de har fått tid til å ta med en pasient ut for å gå tur, til en park eller en kafé. En pleier fortalte at hun har reist på besøk til kona til en pasient, sammen med pasienten. Pasienten sto stadig ved heisen og ville hjem til kona si, så pleieren og pasienten dro hjem på besøk. Disse historiene hører sjeldenhetene til. Pleierne uttrykker at det er tid de trenger. Tid til å sette seg inne hos den sengeliggende pasienten som roper "hallo, hallo" hele dagen, kanskje holde henne i hånda og snakke om været. Ta en kopp kaffe. En vandrede pasient kunne de kledd på jakke og lue og tatt med seg ut. En kort tur på butikken er kanskje nok. Pleierne vet dette, men i stedet gjør de helt andre ting. Det lages avtaler med pårørende om at pasienten som til stadighet vandrer ut av avdelingen nå gjør dette på pårørendes ansvar. Dersom han ikke er tilbake på avdelingen etter en time, blir han etterlyst. Jeg har selv fått huden kjeftet full av en politimann da jeg ringte for å etterlyse en pasient. Han kunne ikke fatte og begripe at vi sendte en dement dame ut på egenhånd, og politiet hadde dessuten viktigere ting å ta seg av. Flere av pleierne fortalte om bruk av slike tiltak. Det ser ut

som at i stedet for å fatte vedtak, lages det avtaler med pårørende der de godkjenner at sykehjemmet fraskriver seg ansvar.

Sykehjemmet er der for å ta vare på eldre mennesker fordi pårørende ikke har denne muligheten. Når sykehjemmet fraskriver seg ansvaret for den vandrende pasienten når han forlater sykehjemmet, betyr det at institusjonens funksjon blir borte. Disse historiene vitner om at det ikke blir gjort forsøk på å finne årsaken til pasientens behov for å vandre, og på den måten gjøre det mulig å bryte handlingsmønsteret og behandle atferden i tråd med Engedals beskrivelser av slike demenssymptomer. I tillegg bryter slike tiltak med loven ved at pårørendes ønsker og ikke faglige vurderinger legges til grunn for håndteringen av den dementes atferd. Dersom pårørende ønsker at deres mor skal få vandre ut av sykehjemmet, er det de ansattes oppgave å vite at dette medfører en fare for pasienten. Dersom pasienten ikke er i stand til å finne tilbake til sykehjemmet, eller er en fare for seg selv i trafikken, må pleierne fatte vedtak på bakgrunn av dette, og få anledning til å holde pasienten tilbake når hun ønsker å forlate sykehjemmet. Pårørendes oppfatning gir ikke anledning til å unngå lovverket, men flere av mine informanter forteller historier der pårørendes ønsker er avgjørende for pleiernes håndtering av demente pasienter.

### **6.3.1 En-til-en-tid**

En-til-en-tid legges stor vekt på av pleierne. Flere av de fremstiller "mer tid" som løsningen på nærmest alle utfordringer de opplever i løpet av en arbeidsdag. I eksempelet ovenfor om etterlysningen av vandrende pasienter, blir mangel på tid trukket fram av pleierne som årsaken til at denne metoden brukes. Om de bare hadde hatt mer tid, så kunne de blitt med vedkommende ut. Det er rimelig å anta at bedre bemanning og mer tid til hver pasient vil ha betydning for pleiernes opplevelse av arbeidet sitt. Man kan også regne med at det vil ha betydning for mange pasienter som bor på sykehjem. Pleierne jeg har snakket med, ga meg flere historier om følelsen av utilstrekkelighet og dårlig samvittighet etter endt arbeidsdag. Pleierne er tydelig følelsesmessig involvert når de snakker om arbeidet sitt – de ønsker å gjøre en god jobb for pasientene de har ansvar for, og fortellingene vitner om at en-til-en-tid appellerer til pleiernes opplevelse av arbeidet sitt som meningsfullt. Da jeg tidlig i intervjuet spurte om bakgrunnen for deres valg av yrke, trakk de fleste fram at de opplever det som meningsfullt å "jobbe med mennesker". Å kunne tilbringe tid med- og etablere tillitsfulle

relasjoner til pasientene vil rimeligvis oppleves som viktig arbeid av pleierne. Man kan anta at mer tid til en-til-en-tid vil være av betydning i arbeidet med demente og som strategi mot krevende atferd. Men det kan se ut som at en-til-en-tid for pleierne først og fremst er av betydning for deres opplevelse av arbeidet sitt som meningsfylt. Materialet viser at pleierne har utilstrekkelige kunnskaper om demens og krevende atferd, og et slikt funn er i tråd med resultater i lignende studier. Jeg vil ikke tro at mer tid nødvendigvis vil bidra til at pleiere tar i bruk flere kunnskapsbaserte strategier. Selv om økt bemanning vil være av betydning for både pasienter og pleiere, er min antagelse at en økt fagliggjøring av krevende situasjoner vil være en desto viktigere satsning i demensomsorgen.

### **6.3.2 Å tåle: hovedstrategi eller selvoppfattelse?**

En stor del av hjelpepleiernes jobb dreier seg om å håndtere krevende atferdsmønstre hos pasienter. Å "håndtere" i denne sammenhengen ser ut til å dreie seg mer om å "tåle" enn å "behandle". Mye av den krevende atferden lar seg ikke dempe eller unngå, og materialet viser at pleierne har mangelfulle kunnskaper på området. Fortellingene om uønsket og vanskelig atferd gjør det tydelig at pleiernes siste mulighet handler om å tåle, og pleierne oppfatter selv at de strekker seg langt i denne delen av arbeidet sitt.

Den krevende atferden skjer i sammenheng med omgivelsene. Gjennom sosialisering, kunnskaper om pasientene og utveksling av strategier, kan nok pleierne til en viss grad klare å dempe atferden for en stund. Som pleierne hele tiden gjentok til meg: "det går ti minutter, og så er det full rulle igjen". Som nevnt er det rimelig å anta at bedre bemanning og mer tid til hver pasient vil være av betydning for pasientene og for pleiernes opplevelse av sin arbeidshverdag. De har erfart at strategiene som fungerer tar utgangspunkt i gode relasjoner mellom pleier og pasient. Og de strekker seg for å utnytte virkningen av dette, innenfor de rammene som er satt for arbeidet deres og innenfor den kompetansen de har. Når virkeligheten er at de ikke har tiden eller kompetansen som behøves, ser det ut til at pleiernes siste strategi blir å tåle. De opplever at de *tåler* når de for fjerde gang før klokken er 12, spør om ikke fru Hansen heller vil ta en kopp kaffe og dra hjem litt senere. De tåler når de forsøker å gi tabletter til herr Olsen og får alle medisinerne spyttet i ansiktet sitt. De tåler når de setter seg for å mate en pasient og får en rullator kjørt hardt inn i leggene sine. De tåler å gå en hel

arbeidsdag med fru Andersen ropende bak seg "hjelp meg, hjelp meg". Mange av pleierne uttrykker at slik krevende atferd er noe de må finne seg i. Om denne holdningen er et uttrykk for manglende kunnskaper til å faktisk håndtere pasientens atferd, eller om det å tåle er hovedstrategien i pleiernes arbeid, kan være vanskelig å avgjøre. Pleiernes fortellinger vitner om en selvoppfattelse om at de strekker seg langt. Holdningen deres er at noen typer pasientatferd ikke kan behandles, og at deler av deres arbeid dermed går ut på å tåle denne atferden.

Det kan være håndtering av psykologiske demenssymptomer i for liten grad er fagliggjort, og at løsningen på slike problemer derfor ikke er en del av pleiernes formelle kunnskapsystem. Pleierne støter på problemer som ikke er en del av deres jurisdiksjon, og har ikke muligheter til å løse problemene. Det kan være dette som gjør at deres hovedstrategi dreier seg om å tåle krevende atferd hos pasientene. Dette bildet forsterkes av pleiernes fortellinger om at den krevende atferden i liten grad dokumenteres. Slik skiller arbeidet med krevende pasienter seg fra arbeidet med dusj og ernæring. Som vist i kapitlet om ernæring og medisiner, ble dokumentering en unnskyldning brukt av pleierne når deres kunnskaper og strategier ikke strakk til. Når det gjelder uønsket atferd forsvinner dokumenteringsaspektet. Behandling av krevende pasientatferd ikke egentlig er en del av hjelpepleiernes jurisdiksjon. De har ikke de nødvendige begrepene og instruksene som gjør dem i stand til å forstå og løse utfordringene slik pasientatferd gir dem. Men fordi de ofte tilbringer mer tid med pasientene enn andre, høyere rangerte yrkesgrupper på sykehjemmet, er det ofte hjelpepleierne som må gjøre jobben, uansett den formelle arbeids- og ansvarsfordelingen. Slik "autoritet ved uteblivelse" innebærer at pleierne i mange tilfeller blir overlatt til seg selv (Ramsøy og Kjølørød 1986). Når de da har manglende kunnskaper om slik pasientatferd og dermed ikke har strategier til å håndtere det, blir dokumentasjonen ansett som unødvendig fordi den verken vil fungere som en "unnskyldning" eller til å dempe eller avbryte den krevende atferden hos pasienten.

#### **6.4 Oppsummering**

Dette kapitlet har handlet om vandring og annen uønsket atferd. Pleierne trakk selv fram vandring, roping og vold som de typene atferd de opplever som mest krevende, derfor er det disse jeg har lagt vekt på i kapitlet. Materialet viser at strategiene som utvikles for pasienter med krevende atferd i liten grad skiller seg fra strategiene for å

gjennomføre dusj eller måltider: gode relasjoner og kommunikasjon trekkes fram av pleierne som nødvendig. Når tiden ikke strekker til, tyr de til nødstrategier som ofte innebærer å lure pasienten, eller å avlede vedkomne. Disse nødstrategiene brukes flere ganger daglig på samme pasient, og det kan oppleves som svært slitsomt for pleieren. I tillegg anser jeg mange av disse triksene som kritikkverdige i et omsorgsperspektiv.

Pleierne opplever at en-til-en-tid er den mest meningsfulle delen av deres arbeid, og uttrykker at mer av denne tiden vil bidra til at de gjør en bedre jobb. Man kan anta at mer en-til-en-tid vil være av betydning i arbeidet med demente og som strategi mot krevende atferd, men det kan se ut til at en-til-en-tid for pleierne først og fremst er av betydning for deres opplevelse av arbeidet sitt som meningsfylt. Jeg vil ikke tro at mer tid nødvendigvis vil bidra til at pleiere tar i bruk flere kunnskapsbaserte strategier i arbeidet med demente.

Når det kommer til uønsket og krevende atferd opplever pleierne begrensede muligheter, og jeg finner at dette bunner i at de ofte mangler kompetansen som er nødvendig for å håndtere den krevende pasientatferden. Pleierne har en selvoppfattelse om at de er tålmodige og tåler avvisning og motstand i krevende situasjoner. De ser ut til å ha en holdning om at det å tåle er en del av jobben deres, og selv om de ønsker seg mer tid har de funnet seg i at tidsbrist og tilbakevennende dårlig samvittighet en del av deres arbeidshverdag. Det kan være at pleiernes utilstrekkelige kompetanse om håndtering av psykologiske demenssymptomer er det som stopper dem fra å handle, og som gjør at deres hovedstrategi dreier seg om å tåle krevende atferd hos pasientene. Hjelpepleierne er de som tilbringer mest tid med pasientene, og ofte befinner de seg i situasjoner som deres jurisdiksjon ikke tilsier at de skal håndtere. Autonomi ved uteblivelse innebærer at noen må gjøre jobben, uansett den formelle arbeids- og ansvarsfordelingen. Slike stilltiende avtaler kan være resultatet av at overordnede yrkesutøvere definerer sitt ansvar som å holde tilsyn på avstand med underordnede yrkesutøvere som har rutinepregede og tidkrevende oppgaver. I praksis innebærer det at sistnevnte ofte blir overlatt til seg selv.



## 7 Avslutning

I denne oppgaven har jeg undersøkt hva erfarne hjelpepleiere forteller om situasjoner på sykehjem der det er aktuelt å bruke tvang. Problemstillingen og tilnærmingen til temaet har vært konsentrert rundt informantenes fortellinger om bestemte situasjoner hvor pasienter motsetter seg hjelp. Dataene har gjort det mulig å studere pleiernes fortellinger om konkrete hendelser og hvordan de løser utfordringer i sitt arbeid med demente pasienter. Funnene i oppgaven har to dimensjoner: på den ene siden viser jeg til konkrete situasjoner der tvang er aktuelt å bruke. Fortellinger om overgrep og maktbruk knyttes til at pleiernes forståelse av tvang skiller seg fra hvordan lovverket omtaler temaet. Den andre dimensjonen dreier seg om fagliggjøringen av de utfordringene pleierne opplever og om hjelpepleiernes jurisdiksjon. Materialet viser at pleierne gjør mer enn de lærer på skolen. Strategiene de tar i bruk kan forstås som forsøk på å kompensere for mangler i deres formelle kunnskapssystem. Hjelpepleierne opplever utfordrende situasjoner og har ikke fått de nødvendige verktøyene til å håndtere disse. Avslutningsvis vil jeg diskutere studiens hovedfunn.

### 7.1 Hva forteller pleierne om tvang?

Materialet knytter tvang til flere aspekter ved arbeidet på sykehjem. Jeg ønsket ikke å bruke ordet "tvang" i intervjuene, før pleierne selv hadde brukt begrepet. Dette var for å undersøke om "tvang" er en kategori pleierne bruker når de snakker om pleiesituasjoner, og i hvilken kontekst de vektlegger det. Materialet viser at pleierne bruker tvang som en kategori når de snakker om pleiesituasjoner, men at deres definisjon ikke er i tråd med definisjonen vi finner i lovverket. Pleierne innledet gjerne fortellingene sine med å snakke om tvang, men stort sett hadde de en selvoppfatning om at de ikke bruker tvang i arbeidet sitt. Fortellingene deres viser derimot til utstrakt bruk av tvang ovenfor demente pasienter.

Et mål med denne oppgaven har vært å undersøke hvordan pleierne håndterer situasjoner der pasienter motsetter seg hjelp. Materialet viser at pleierne har utviklet flere strategier som de bruker i slike situasjoner. Det er stort sett de samme strategiene som går igjen på tvers av de ulike situasjonene. Det viser seg at pleierne ofte forsøker å

bruke tillitsskapende tiltak før tvang benyttes. Dette er i tråd med lovverket. Flere av pleiernes strategier kan omtales som tillitsskapende tiltak. Ofte innebærer strategiene å ordlegge seg på spesielle måter, og å etablere god kjemi med pasienten. Flere av mine informanter beskrev hvordan de bruker kunnskap om pasientens interesser, tidligere arbeid og familieforhold til å skape tillit og etablere kontakt. Dette er aspekter ved arbeidet som pleierne er svært opptatt av, og som lovverket påpeker viktigheten av i arbeidet med å unngå tvangsbruk.

Strategiene og metodene som daglig brukes, der pleierne argumenterer, lurer eller overtaler for å få gjennomført sine ønsker for pasienten, fremstilles ikke som maktutøvelse av pleierne. Ved å "demonisere" fysisk tvangsutøvelse fremstår slike strategier som ikke-makt. For pleierne er en viss autoritet nødvendig for å få gjennomført mange av arbeidsoppgavene deres, og det er heller ikke noe loven utelukker. Men mange av historiene viser til strategier som innebærer å lure pasienten, og slike strategier vil ikke falle inn under kategorien Tillitsskapende tiltak ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven. Det er tydelig at den fysiske tvangen er uønsket, men likevel tas i bruk. Deler av materialet vitner om utstrakt bruk av fysisk tvang, uten at det blir vurdert om forutsetningene for å bruke tvang er til stede, og uten at vedtak blir fattet. Informantene har mangelfulle kunnskaper om tvungen helsehjelp og forutsetningene for å bruke slik tvang. Informantene beskriver tvungen helsehjelp som blir gjennomført uten vurderinger av pasientens evne til å gi samtykke, og uten vurdering om det er grunnlag for å gi helsehjelp mot pasientens vilje.

Reguleringen av Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 forutsetter en endring i praksisen på norske sykehjem. Lovens funksjon er blant annet å sette rammer for hvordan pasienters motstand skal håndteres av ansatte på sykehjem. I tillegg til liten bruk av kunnskapsbaserte strategier, viser materialet at pleierne har utilstrekkelige kunnskaper om Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. Når de bruker tillitsskapende tiltak er det ikke fordi loven sier at de skal det, men fordi de har erfart at slike strategier kan fungere i arbeidet med å håndtere motstand fra pasienter. I likhet med funnene i Helsetilsynets rapport, finner jeg at pleierne er usikre på regelverket og har lite kjennskap til tvungen helsehjelp. Pleierne kjenner ikke til vilkårene for å benytte seg av tvungen helsehjelp, og de mangler kunnskaper om hvem som kan vedta

at slike tiltak kan brukes. Helsetilsynet knytter funnene til manglende opplæring, og understreker viktigheten av at kommunen forbereder de ansatte gjennom å sørge for at de har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter til å håndtere situasjoner der tvang er aktuelt å bruke.

## **7.2 Verdien av gode relasjoner**

I Helsetilsynets rapport understrekes det at man for å unngå tvangsbruk må iverksette tiltak og utvikle metoder ovenfor den enkelte pasient. Dette forutsetter kjennskap til den enkelte pasient, og hans/hennes uttrykksmåte. Informantene mine er opptatt av god kommunikasjon og å skape tillitsfulle relasjoner til pasientene. Det "å kjenne pasienten" innebærer både å kjenne pasienten som person, og å kjenne til pasientens typiske respons på ulike aktiviteter, ulike pleiere og former for kommunikasjon. Å knytte slike relasjoner kan bety at pleierne iblant må prioritere samvær med pasientene framfor å utføre praktiske pleieoppgaver, men de fleste av mine informanter kombinerer gjerne pleieoppgavene med å skape gode relasjoner til pasientene sine.

En-til-en-tid legges stor vekt på av pleierne. Materialet viser hvordan tillitsfulle relasjoner er av betydning i arbeidet med å unngå tvang, men også for pleiernes opplevelse av arbeidet sitt. Flere av de fremstiller "mer tid" som løsningen på nærmest alle utfordringer de opplever i løpet av en arbeidsdag. Pleierne er tydelig følelsesmessig involvert når de snakker om arbeidet sitt – de ønsker å gjøre en god jobb for pasientene de har ansvar for, og fortellingene viser at en-til-en-tid appellerer til pleiernes opplevelse av arbeidet sitt som meningsfullt. Å kunne tilbringe tid med- og etablere tillitsfulle relasjoner til pasientene vil rimeligvis oppleves som meningsfullt arbeid av pleierne. Man kan anta at mer tid til en-til-en-tid vil være av betydning i arbeidet med demente og som strategi når pasienter motsetter seg hjelp. Men det kan se ut som at en-til-en-tid for pleierne først og fremst er av betydning for deres opplevelse av arbeidet sitt som meningsfylt.

## **7.3 Dokumentasjon**

Materialet viser at dokumentasjon er en strategi som brukes hyppig av pleierne. Man skulle tro at dokumentasjonen anvendes i arbeidet med å utvikle tiltak og kunnskapsbaserte strategier for å unngå motstand og tvang. Materialet mitt viser i stedet at dokumenteringen brukes som en måte å avslutte "saken" på når strategiene

deres ikke fungerer, og tvang ikke anses om et alternativ. Slik kan man si at dokumenteringen er en måte å unngå tvang på, men jeg vil påstå at det i større grad fungerer som en unnskyldning. Når pasienter nekter å ta medisiner, er pleiernes løsning å dokumentere i kardexen og i pasientjournalen at pasienten nektet å ta medisinene. Det samme skjer ved ernæring: Når pasienten fortsatt nekter å spise etter at gjeldende strategier er forsøkt, dokumenteres det i Gerica at pasienten for eksempel ikke ønsket å spise middag. Det har skjedd at pasienter har dødd av forstoppelse, hvor flere ansatte i flere uker har dokumentert at pasienten ikke har hatt avføring. På grunn av manglende handlingsevne har pasienten dødd som følge av forstoppelse. Slike hendelser er eksempler på hvordan dokumentasjonen kan fungere som en unnskyldning og ikke som et verktøy i behandlingen av pasienter. Dokumentasjonsaspektet tydeliggjør hvordan pleierne egentlig ikke klarer å løse mange av utfordringene de støter på i arbeidet sitt. Bildet forsterkes av at dokumenteringsaspektet forsvinner når det kommer til pasienter med uønsket atferd. Når pleierne har manglende kunnskaper om slik pasientatferd og dermed ikke har strategier til å håndtere atferden, blir dokumentasjonen ansett som unødvendig fordi den verken vil fungere som en "unnskyldning" eller til å dempe eller avbryte den krevende atferden hos pasienten.

#### **7.4 Har fagligheten sviktet hjelpepleierne?**

Selv om noen av pleiernes strategier er unike for enkelte situasjoner, er et hovedfunn at pleierne, i alle kategoriene av situasjoner, ofte ikke *kan* løse problemene de møter i arbeidet sitt. Ifølge Abbott er en profesjons oppgave å tilby eksperttjenester for å behandle eller løse menneskelige problemer (1988). Informasjon hentes inn i profesjonens kunnskapssystem og fortolkes i henhold til dens begreper. Intervjuene viser at pleierne *vil være* problemløsere, og tidvis er de det. Funnene i denne oppgaven viser hvordan de konstant arbeider med å etablere gode relasjoner til pasientene sine, og materialet viser til utstrakt bruk av tillitsskapende tiltak som er i tråd med lovverket som omhandler tvang. På den annen side kan pleiernes relasjonsarbeid vise til problematiske aspekter ved deres metoder. Pleierne støter på problemer som ligger utenfor deres jurisdiksjon, og deres kunnskapssystem innehar derfor ikke de nødvendige begreper og instruksjoner som kan bidra til å løse problemene. Derfor ser det ut til at pleiernes metoder tar utgangspunkt i en idé om at pasientene er mennesker de *kjenner*, og det faktum at pasientene er demente forsvinner når pleierne skal håndtere

atferden deres. Med dette mener jeg at faglige og kunnskapsbaserte strategier i liten grad snakkes om og brukes av pleierne. I stedet bruker de kunnskap de har tilegnet seg gjennom arbeidet med pasientene over lang tid, og strategiene videreføres gjennom sosialisering. Pleierne tilpasser seg og håndterer pasientene på samme måte som de tilpasser seg og håndterer andre mennesker de omgås i dagliglivet. Pasientenes atferd og motstand blir ikke forstått som symptomer på demenssykdommen, men heller som egenskaper og personlighetstrekk pleierne må håndtere på lik linje med egenskaper hos andre, friske mennesker. Dette må ikke tolkes som at pleierne overser det faktum at pasientens atferd er et demenssymptom, men som at kunnskaper om demenssykdom i liten grad anvendes i omsorgen. Pleierne blir nødt til å bruke sin kompetanse om samhandling for å få håndtere krevende situasjoner, snarere enn kodifisert kunnskap som de har tilegnet seg i utdanningen sin.

I Abbotts modell består profesjonell praksis av tre trinn - diagnose, inferens og behandling. Inferens er måten profesjonen forstår og løser problemene på – dens kunnskapssystem. Å stille diagnose på et problem betyr å tillegge det en profesjons subjektive begreper. Pleiernes fortellinger viser som kjent at de ofte forsøker å "stille diagnose" når pasienter motsetter seg hjelp eller er utagerende. Ved å kjenne pasientene godt kan de lettere identifisere motstanden og i noen tilfeller behandle problemet. Graden av inferens varierer fra tilfelle til tilfelle. Spesielt i kapitlet om dusjsituasjoner viste det seg at tvang noen ganger ble brukt som løsning på problemet, fordi pleierne anså dusjen som nødvendig. Her er koblingen mellom diagnose og behandling klar for pleierne, og graden av inferens er derfor lav. I andre tilfeller forsøkes flere typer av behandling - strategier – for å se resultatet av dem. Det formelle kunnskapssystemet består av systemer for klassifikasjon og inferens, og skal gi pleierne kunnskap om hvordan de skal forstå og løse problemer. Strategiene som pleierne forteller om, viser til mangelfulle kunnskaper om hvordan motstand og krevende pasientatferd bør forstås. Fortellingene deres vitner om liten bruk av strategier som baserer seg på kunnskap om demens og krevende atferdstyper. Strategiene viser hvordan de forsøker å dempe eller unngå pasientens atferd ved hjelp av "hvite" løgner eller triks, snarere enn et mål om å forstå atferden og dermed kunne avbryte den. Deres strategier bygger på erfaringer og kunnskap de har tilegnet seg gjennom læringsprosesser og sosialisering i årene som yrkesutøvere. Når pleierne befinner seg i

en situasjon hvor pasienten er utagerende og roper ustoppelig, viser det seg at de ikke har de nødvendige verktøyene for å forstå og løse problemet. Sannsynligvis har manglende fagliggjøring av krevende situasjoner på sykehjem gjort at pleierne ikke har den nødvendige kunnskapen til å håndtere slik atferd hos demente pasienter. Pleierne gjør mer enn de lærer på skolen, og strategiene de bruker for å håndtere krevende pasientatferd inngår ikke i deres formelle kunnskapssystem. I stedet har læringsprosesser og sosialisering gitt dem lite fruktbare nødstrategier som innebærer å lure eller true pasienten, ignorering, og i noen tilfeller bruk av fysisk tvang.

*Autoritet ved uteblivelse* er et begrep som har stått sentralt i tolkningen av materialet i denne oppgaven. Noen må gjøre jobben, uansett den formelle arbeids- og ansvarsfordelingen. Sykepleieren har en kognitiv kontroll over oppgavene som skal utføres, men den praktiske håndteringen delegeres ofte videre til hjelpepleieren. Med sin overordnede posisjon har sykepleierne mulighet til å bestemme hvilke oppgaver hjelpepleierne skal ha på arbeidsplassen. I hjelpepleiernes utdanning legges det stor vekt på kost og ernæring, og det er tydelig at dette utgjør en stor del av pleiernes kunnskapssystem. Kodifisert kunnskap bidrar til at pleierne kan løse problemer og oppleve arbeidet sitt som meningsfylt. Pleiernes fortellinger om ernæring og medisinerer er i tråd med Abbotts beskrivelser av hvordan lav grad av abstraksjon gjør arbeidet rutinemessig, og dermed oppleves som lite meningsfullt. Medisinerer trekkes ikke fram av pleierne som betydningsfullt arbeid, og dette kan forklares med at medisinerer ikke utgjør en like stor del av pleiernes kunnskapssystem. Det er grunn til å tro at mange heller vil holde seg til sitt eget kompetanseområde, som for eksempel ernæringssituasjoner. Medisinerer som arbeidsoppgave gir lite rom for kreativitet og omsorg utover forsøkene på å få pasienten til å forstå hensikten med tablettene. Pleiernes fortellinger om medisinerer viser hvordan lav grad av abstraksjon gjør at behandlingen automatisk følger av diagnosen, uten inferens. Ernæring gir pleierne muligheter til å bruke sine kunnskaper i arbeidet, og de oppfatter dermed ernæring som mer meningsfullt arbeid enn medisinerer.

Det viser seg at pleiernes oppgaver er flere og mer omfattende enn de har lært på skolen. Materialet viser at de ofte blir satt til å løse problemer som ikke inngår i deres jurisdiksjon, og som de derfor ikke har kunnskaper til å løse. Hjelpepleiernes

jurisdiksjon er daglig omsorg og pleie, og innenfor disse rammene er viljen til å hjelpe stor. Men ved at hjelpepleierne ofte har en tettere og hyppigere kontakt med pasientene, vil de ofte komme over problemer som viser seg å være for komplekse til at de kan finne noen løsninger. Graden av inferens er lav i de fleste situasjonene det er tatt utgangspunkt i, og pleierne opplever ofte utilstrekkelighet som en følge av dette. Når pleierne opplever motstand fra pasienter har de vanskeligheter med å forstå problemet, og behandlingen vil derfor ofte utebli eller feile. De vet ikke hvordan de best kan løse utfordringen, men opplever like vel at de strekker seg langt. Sannsynligvis har dette å gjøre med at pleierne ofte må tåle den krevende pasientatferden i mangel på gode løsninger. Utdanningen har ikke forberedt dem på mange situasjoner som strengt tatt er vanlige i omsorgsyrker. Å håndtere demente pasienter på sykehjem er et krevende omsorgsfelt, og pleierne står ofte uten kunnskapsbaserte strategier til å håndtere faglige og etiske dilemmaer. Man kan derfor påstå at pleierne på dette området er "sviktet" av faget sitt. Deres jurisdiksjon samsvarer ikke med deres faktiske arbeidsoppgaver, og dermed blir deres formelle kunnskapssystem mangelfullt. De opplever derfor ofte å stå uten andre alternativer enn å tåle motstand og avvisning fra pasientene. Tvang blir også et alternativ når pleierne opplever handlingen som nødvendig, men ikke innehar nødvendige instruksjoner til å omgjøre pasientens motstand til aksept. Pleierne oppfatter seg selv som problemløsere, men problemene mitt materiale tar utgangspunkt i, viser at en manglende fagliggjøring av nettopp disse utfordringene gjør pleierne nærmest hjelpeløse i mange situasjoner. Fortellingene beskriver en tilbakevennende følelse av utilstrekkelighet og dårlig samvittighet hos pleierne. De mangler kodifisert kunnskap som gjør at de opplever jobben sin som rik og meningsfylt. Kanskje har opplevelsen av utilstrekkelighet en sammenheng med helsepersonells høye sykefravær. Hvis det er slik jeg finner her, at pleierne faktisk ikke klarer å løse problemer, vil det nødvendigvis oppleves som utmattende og demotiverende over tid.

En vanlig holdning til utfordringene i eldreomsorgen er at økt bemanning vil bidra til bedre vilkår for pasienter og pleiere ved at pleierne får mer tid til hver pasient. Informantene i denne studien uttrykker at bedre tid er løsningen på mange av utfordringene de står ovenfor. Jeg anser det som rimelig å påstå at pleiernes relasjonsarbeid vil nyte godt av økt bemanning, og at dette vil ha betydning for pasientenes opplevelse av å bo på sykehjem. Tidspress blir ofte brukt som en forklaring

på hvorfor man fokuserer på fysiske og materielle behov framfor de psykososiale: pleieren bruker kortere tid på å skifte en skitten skjorte enn å sette seg ned for å prate med pasienten (Heiberg 1988). Dessuten er klesskift en avgrenset oppgave med synlig resultat. Å utføre en praktisk oppgave framfor en oppgave som krever tålmodighet og emosjonell energi, kan være en reaksjon på et grenseløst krav om omsorg som utvilsomt er en stor belastning for mange hjelpepleiere på sykehjem (Abrahamsen 2002). Hjelpepleiere er en yrkesgruppe med få muligheter til å benytte sine ferdigheter og å påvirke beslutninger om egen arbeidssituasjon, og økt bemanning vil utvilsomt kunne bidra til at pleierne får mer tid til å gjøre det de oppfatter som meningsfullt i sitt arbeid. Lovens forutsetning til bruk av tvungen helsehjelp innebærer blant annet at tillitsskapende tiltak forsøkes før tvang benyttes, og for å få mulighet til dette kan økt bemanning være en del av løsningen. Men for å oppfylle lovens krav om faglige og etiske vurderinger av tvangsbruk, vil ikke økt bemanning nødvendigvis ha noen effekt. Det er ikke gitt at flere hender bidrar til økt kunnskap. Med andre ord kan man ikke øke bemanningen og forvente at tvang i større grad vil begrunnes med faglige og etiske vurderinger. Pleierne må forberedes på problemene de settes til å løse. En fagliggjøring av krevende situasjoner på sykehjem er en forutsetning for at de skal inneha de nødvendige instruksene og begrepene for å håndtere slike situasjoner. Selv om mer tid til hver pasient vil være av betydning for både pasienter og pleiere, er min antagelse at økt fagliggjøring av utfordrende situasjoner på sykehjem vil være en desto viktigere satsning i eldreomsorgen.

Utfordringene denne oppgaven tar utgangspunkt i er vanlige situasjoner. Problemer knyttet til dusjing, ernæring og vandring er noe alle hjelpepleiere på alle sykehjem opplever i sin arbeidshverdag. Det kan argumenteres for at alderdom og demens innebærer utfordringer som man ikke kan gjøre noe med. Man kan ikke hindre mennesker i å eldes og demenssykdom kan ikke reverseres. På den måten kan man påstå at funnene i denne oppgaven viser hvordan demenssykdom er av en slik karakter at utfordringene knyttet til omsorgen for slike pasienter egentlig ikke har noen løsninger. Jeg vil i stedet påstå at når disse utfordringene er så vanlige, bør et overordnet mål være å utvikle kunnskap som kan bidra til å finne strategier som fungerer. Målet med min masteroppgave har ikke vært å finne løsninger på utfordringene som pleierne har fortalt meg om. Men jeg har i denne oppgaven gitt



detaljerte beskrivelser av hverdagsfenomener på norske sykehjem - vanlige situasjoner som innebærer store faglige og etiske utfordringer. Dette er ikke problemer vi vil se mindre av i fremtiden, og det faktum at de er så vanlige gjør at det er desto viktigere å forske på dem. For å øke bevisstheten rundt tvang og andre etiske utfordringer må ikke bare pleiernes praksis diskuteres. Det må utvikles kunnskap om krevende pleieoppgaver, og et mål bør være å finne løsninger som bidrar å styrke kvaliteten på omsorgen.

# Litteraturliste

Aagaard, H (2008). Mat og måltider i sykehjem: undersøkelse utført for Sosial- og helsedirektoratet. Høgskolen i Østfold, Rapport 2008:3

Abbott, Andrew (1988). *The System Of Professions. An Essey on the Division of Expert Labor*. Chigago: The University Press

Abrahamsen, Bente (2002): Hvorfor utdanne to pleiere for å få en? En studie av yrkesløpet til hjelpepleiere og sykepleiere. Oslo: Institutt for samfunnsforskning og Pax forlag

Abrahamsen, Bente (2000): Yrkesinnsats og karriereutvikling. En studie av et utdanningskull hjelpepleiere. Oslo: Rapport ved Institutt for samfunnsforskning

Dahl, Thomas og Berit Gullikstad (2002): Sykehjem i drift: privat versus kommunal organisering av tjenester Trondheim: SINTEF Teknologiledelse

Dahle, Kerstin (2006) Et yrke med framtidsutsikter? Hjelpepleiere i et etnisk mangfold. UiO.

Engedal K (2000). Urunde hjul: alderspsykiatri i praksis. Sem: Forlaget Aldring og helse

Forsetlund, Signe Louise; Eike, Morten Christoph; Gjerberg, Elisabeth & Vist, Gunn Elisabeth (2011). Effect of interventions to reduce potentially inappropriate use of drugs in nursing homes: a systematic review of randomised controlled trials .

Garden, H og Hauge S. Kampen for pasientens beste – sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang ovenfor personer med demens. *Vård I Norden* 4/2014. No. 106 Vol. 32 No. 1 PP 18-22.

Gjerberg E, Førde R, Pedersen R et al. Ethical challenges in the provision of end-of-life care in Norwegian nursing homes. *Soc Sci Med* 2010; 71: 677 – 84.

Gjerberg E, Helene Hem M, Førde R et al. How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study. *Nurs Ethics* 2013; e-publisert 26.2.2013.

Gjerberg, Elisabeth; Lillemoen, Lillian; Pedersen, Reidar & Førde, Reidun (2015). Coercion in nursing homes: Perspectives of patients and relatives. *Nursing Ethics*.

Heiberg, Marit (1988): "Funksjonsfordeling mellom hjelpepleiere og sjukepleiere", i Ellefsen, B. og T. I. Romøren (red): *Betalt for å hjelpe*. Oslo: Tanum

Hem MH, Gjerberg E, Pedersen R, et al. Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang [Nursing and care at the boundary between voluntariness and coercion]. *Sykepl Forsk* 2010; 5(4): 294–301.

Horsdal, Marianne (1999). Livets fortellinger – en bog om livshistorier og identitet. København: Borgen Forlag.

Høyland, Karin og Marit Pedersen: Ny sykehjemsmodeell – et bedre tilbud. Erfaringer fra tre nye sykehjem. Trondheim: Rapport SINTEF

Høst, Håkon og Svein Michelsen (2003): Hvem skal pleie oss når vi blir gamle? Om forsøket på å modernisere det kulturelle og sosiale grunnlaget for pleie-og omsorgsutdanningen, i Tidsskrift for velferdsforskning 01/2003 17-42

Juritzen T, Heggen K. Produktive maktpraksiser i sykehjem. En Foucault- inspirert analyse av pleiefaglig handlekraft. Tidsskrift for velferdsforskning 2009;12:94–104.

Kirkevold O, Engedal K et. al. (2002) Makt og avmakt. Rettighetsbegrensninger og bruk av tvangstiltak i institusjoner og boliger for eldre. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

Kirkevold Ø, Engedal K. Prevalence of patients subjected to constraint in Norwegian nursing homes. Scand J Caring Sci 2004; 18: 281–6.

Kirkevold Ø, Engedal K. Concealment of drugs in food and beverages in nursing homes: cross sectional study. BMJ 2005; 330: 20–2.

Kirkevold, Ø (2005). Bruk av tvang i sykehjem. Tidsskrift for Den norske legeförening 2005; 125:1346 – 8

Kjølsrød, Lise (1993). Jordmor der mor bor? Oslo: Universitetsforlaget

Kvale og Brinkmann (2010). Det Kvalitative Forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.

Læreplan for videregående opplæring Studieretning for helse- og sosialfag (1994) Oslo, Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet

Martinsen, Kari og Kari Wærness (1991): Pleie uten omsorg? , Oslo: Pax forlag

Miller MF. Physical aggressive resident behavior during hygienic care. Journal of Gerontological Nursing 1997;23:24–39.

Norge . & Syse, A. (2009) Pasientrettighetsloven : med kommentarer / Aslak Syse. Oslo : Gyldendal Akademisk.

Paulsen B, Harsvik T, Halvorsen T et al. (2004): Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem. Trondheim: SINTEF Helse, 2004.

Pedersen R, Hem H, Gjørberg E, Førde R. Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning. Tidsskr Nor Legefören nr. 18, 2013; 133: 1935–9

Repstad, Pål (1998). Mellom nærhet og distanse. Kvalitativ metode i samfunnsfag. Oslo: Universitetsforlaget.

Ramsøy, Natalie Rogoff og Lise Kjølørød (1986): "Kap 8: Velferdsstatens yrker", i (red) Alldén, Lars et al Det norske samfunn. , Oslo: Gyldendal

Selbæk G, Kirkevold Ø, Engedal K. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes i International Journal of Geriatric Psychiatry, 2007, Vol.22(9), pp.843-849

Slagsvold, Britt (2002): Sykehjem eller omsorgsbolig? i Aldring og livsløp, 4/2002 2-7

Skovdahl K., Kihlgren A.L. & Kihlgren M. (2003a). Different attitudes when handling aggressive behaviour in dementia – narratives from two caregiver groups. Aging and Mental Health 7, 277–286.

Skovdahl K., Kihlgren A.L. & Kihlgren M. (2003b) Dementia and aggressiveness: video recorded morning care from different careunits. Journal of Clinical Nursing 12, 888–895.

St.meld.nr.25 (2005-2006) (2006). Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Strauss A, Corbin J. (1990): Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Solum EM, Slettebø Å, Hauge S. Prevention of unethical actions in nursing homes. Nursing Ethics 2008;15:536–48.

Statistisk sentralbyrå (2011). Statistisk Årbok 2011 Oslo.

Thagaard, Tove (2009). Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode. Bergen: Fagbokforlaget.

(2013) Tvil om tvang : oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 og 2012 med tvungen helsehjelp til pasienter i sykehjem. Oslo : Helsetilsynet.

Vike, Halvard (2001): Likhetens kjønn, i Lien, Marianne, Hilde Lidén og Halvard Vike (red.): Likhetens paradokser. Antropologiske undersøkelser i det moderne Norge. Oslo: Universitetsforlaget

### **Websider:**

TV2: <http://www.tv2.no/a/4107256>

NRK: <http://www.nrk.no/norge/erkjenner-menneskerettighetsbrudd-i-norsk-eldreomsorg-1.12063524>

Helsedirektoratet (2009) Pasientrettighetsloven kap. 4 A:  
<http://www.helsedirektoratet.no/lover-regler/pasient-og-brukerrettighetsloven-kapittel-4a/Sider/default.aspx>

Makt, Store Norske Leksikon: <https://snl.no/makt>

*Alle kilder brukt i denne oppgaven er oppgitt.*

*Antall ord i oppgaven er 37 862*

# Vedlegg

## VEDLEGG 1: INTERVJUGUIDE

### *Presentasjon av undersøkelsen:*

I min masteroppgave skal jeg gjennomføre et forskningsprosjekt. I dette forskningsprosjektet vil jeg studere hjelpepleiere og deres arbeid. Spesielt vil studien handle om de utfordrende sidene ved å jobbe på sykehjem. Da er jeg interessert i situasjoner der beboere motsetter seg hjelp, og hvordan de ansatte opplever disse situasjonene.

I intervjuet vil jeg blant annet legge fram 3 illustrasjoner som viser beboere og ansatte i ulike situasjoner. Hensikten med disse illustrasjonene er å hjelpe deg til å lettere beskrive konkrete hendelser som du kan ha opplevd som krevende.

### *Forespørsel om diktafon*

For å sikre mest mulig riktig gjengivelse av samtalen. Intervjuet vil skrives ut på bakgrunn av notater og diktafon.

### *Intervjuets form*

Intervjuet vil være samtalepreget og vare i 40-60 minutter.

### *Anonymitet*

Jeg garanterer full anonymitet av organisasjon og person ved analyse av undersøkelsens resultater og i masteroppgaven.

### *Intervjuets spørsmål*

I løpet av samtalen vil jeg stille spørsmål rundt følgende temaer:

Beboere som motsetter seg hjelp:

- I hvilke situasjoner skjer dette?
- Når skjer det oftest?
- Hvordan oppleves situasjonen for deg?
- Hvordan håndterer du situasjonene?
- Hvordan kan de unngås? Strategier/metoder som ofte brukes.

## **Del 1. Generelt**

Alder

Kjønn

Yrkestittel

Hvor lenge har du vært hjelpepleier? Hvorfor valgte du den utdannelsen?

Hvor lenge har du jobbet i sykehjem? Hvor lenge på denne avdelingen?

Hva er stillingsprosenten din? Deltid/fulltid

Hvilken type avdeling jobber du på? Somatisk/demens

Hvordan vurderer du arbeidshverdagen din på en slik avdeling?

Har du primæransvar for beboere? Hvordan opplever du det ansvaret?

## **Del 2. Illustrasjoner – krevende situasjoner**

*Bilde nr. 1) Beboer ønsker å forlate sykehjemmet.*

Har du opplevd en lignende situasjon selv? Kan du beskrive denne situasjonen?

- Utdype hendelsens kontekst, mening
- Hva gjorde du?
- Hvordan var din opplevelse av situasjonen?

*Bilde nr. 2) Ernæring og medisinerings.*

Har du opplevd motstand fra en beboer mot medisinerings eller ernæring?

- Utdype hendelsens kontekst, mening
- Hva gjorde du?
- Hvordan var din opplevelse av situasjonen?

*Bilde nr. 3) Dusj, vask og stell.*

Har du opplevd krevende stellesituasjoner?

- Utdype hendelsens kontekst, mening
- Hva gjorde du?
- Hvordan var din opplevelse av situasjonen?

*Beboere som motsetter seg hjelp.*

- I hvilke situasjoner skjer dette?
- Når skjer det oftest?
- Hvordan oppleves situasjonen for deg?
- Hvordan håndterer du situasjonene?
- Hvordan kan de unngås?

## **Del 3. Samtykke, tvang**

Opplever du at begreper som samtykkekompetanse er en del av din arbeidshverdag?  
Hva med tvangstiltak?

Hvordan vet du om en beboer er samtykkekompetent?

Når blir noe til tvang? Hvor går grensa mellom frivillighet og tvang?

Rutiner på avdelingen mht. samtykkekompetanse, tvang. Hvem har ansvar for å fatte vedtak?