



Bruk av tvang i demensomsorgen

“Hvilke erfaringer har sykepleier med bruk av tvang i demensomsorg på sykehjem?”

Kandidatnummer: 1062

VID vitenskapelige høgskole

Diakonhjemmet

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BASYK2018

Antall ord: 10 769

Dato: 25.03.2021

Dikt av Kirsti Solheim: Treet, bladene og den demente

Livets høst

Jeg er lik et tre!

Lik treet ble jeg også til ved et frø.

Lik treet fikk jeg mange sår, men vokste videre,
mer motstandsdyktig, mer hårdhudet, men også myk.

Lik treet fikk jeg også rynker etter hvert.

Lik treet om høsten mister jeg nå blader.

Blader som forteller hvem jeg er, hva jeg er,
erfaringer jeg har gjort, viten, hvem jeg er glad i.

Lik treet om høsten, føler jeg meg også tom, ribbet,
fattig, uten blader.

Livet mitt "faller av".

Uten blader, intet liv, sier du vel.

Men de som ser meg, kjenner meg.

Vit at som treet gjemmer på livskilden i sitt indre,
har også jeg en livskraft, et hjerte som føler.

Jeg blir fortsatt glad, redd, sint, trist.

Jeg føler og lever, men kun i øyeblikket.

Der ligger forskjellen på deg og meg.

Vær så snill, øyeblikket er det eneste jeg har.

Del det med meg

Sammendrag

Problemstilling: *“Hvilke erfaringer har sykepleier med bruk av tvang i demensomsorg på sykehjem?”.*

Valg av metode: Litteraturstudie som tar utgangspunkt i relevant, allerede eksisterende forskning og litteratur.

Funn: Funnene peker på gjennomgående temaer i valgte artikler. Forskingen peker på grunner til at tvang blir benyttet, på system og personnivå, følelser som vekkes hos sykepleiere ved bruk av tvang og alternative tillitsskapende handlingsmetoder.

Drøfting: Drøftingen er basert på valgt litteratur og funnene fra valgt forskning. Gjennomgående temaer som ble funnet i sammenfatningen blir drøftet opp mot teori funnet i utvalgt litteratur.

Konklusjon: Funnene viser at mye av tvangsbruken kan bunne i utfordringer i systemet i form av lite tid, kunnskapsmangel og utilstrekkelig bemanning. Funnene viser også at det trengs økt kunnskap om lovverk blant sykepleiere. Sykepleierne opplevde tvangsbruk vanskelig og det vekket mange følelser. En god relasjon mellom sykepleier og pasient kan være avgjørende for å forebygge tvangsbruk på sykehjem.

Abstract

Topic question: *"What experiences does nurses have with the use of coercion in dementia care in nursing homes?"*.

Method: Literature study based on relevant theoretical and research-based literature.

Findings: The findings point at general themes in the selected articles; reasons why coercion is used, at system and person level, emotions that arouse amid nurses through the use of coercion and alternative confidence-building methods of action.

Discussion: The discussion is based on selected literature and the findings from research. The themes found in the summary are discussed against the theory found in selected literature.

Conclusion: Much of the coercive use is based on challenges in the system in the form of limited time, lack of knowledge, inadequate staffing. Nurses is also a need for increased knowledge about legislation. Nurses found coercion use difficult, and it aroused many emotions. A good relationship between nurse and patient is decisive to prevent coercive use.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Begrunnelser for valg av tema	1
1.2	Problemstilling og oppgavens avgrensning.....	2
1.3	Begrepsavklaring.....	3
1.4	Disposisjon.....	3
2	Teori.....	5
2.1	Demens.....	5
2.2	Samtykkekompetanse.....	6
2.3	Etikk	7
2.4	Yrkesetiske retningslinjer.....	8
2.5	Tvang.....	8
2.6	Faktorer som kan føre til bruk av tvang	9
2.7	Tiltak for å redusere tvangsbruk.....	10
2.8	Mellommenneskelig forhold i sykepleien	11
3	Metode.....	13
3.1	Valg av metode.....	13
3.2	Inklusjon og eksklusjonskriterier	13
3.3	Litteratur og litteratursøk	13
3.4	Oversikt over data og gjennomgang av forskning	16
3.5	Metode og kildekritikk	16
3.6	Etisk overveielse	18
4	Funn.....	20
4.1	Funn i valgte forskningsartikler	20
5	Diskusjon.....	24
5.1	Grunner til at tvang blir benyttet på systemnivå	24
5.1.1	Arbeidsmiljø.....	24
5.1.2	Krevende juridiske begreper	26
5.2	Grunner til at tvang blir benyttet på personnivå.....	27
5.2.1	Utfordrende atferd	27
5.2.2	Beskytte pasienten.....	28
5.3	Følelser hos sykepleiere	29

5.3.1	Sinne og skyld	29
5.3.2	Pasientens beste	30
5.4	Alternative tillitsskapende metoder	31
5.4.1	Å forstå den eldre	31
5.4.2	Å være sammen med pleiepersonell.....	32
6	Oppsummering	34
	Litteraturliste	35
	Vedlegg	39
	Vedlegg 1: PICO	39
	Vedlegg 2: Søkeordtabell	39
	Vedlegg 3: Litteraturmatrise	39
	Vedlegg 4: Sjekkliste for kvalitative studier	42
	Vedlegg 5: Sjekkliste for kvantitative studier	43

1 Innledning

Innledningsvis ønsker jeg å presentere bakgrunnen for valg av tema og relevans for sykepleien, problemstillingen min, samt avgrensinger for problemstillingen. Videre vil sentrale begreper bli definert, og oppgavens videre innhold vil bli presentert.

1.1 Begrunnelser for valg av tema

Demens er en samlebetegnelse for en langvarig klinisk tilstand som forverres over tid. Tilstanden kjennetegnes med kognitiv svikt, svekket evne til å gjennomføre daglige aktiviteter og endret sosial adferd (Rokstad, 2020, s. 25). Demens er en utbredt tilstand, og det er vanskelig å finne helt eksakte tall på hvor mange som lever med det. Grovt sett regner man med at det er rundt 80 000 personer med demens i Norge. Om lag halvparten bor i en form for institusjon, og over 80% av de som bor på sykehjem har en demenssykdom (Rokstad, 2020, s. 34).

Forventet levealder har mer eller mindre steget kontinuerlig de siste 170 årene. Forventet levealder i Norge var i 2016 ca. 82 år, og fra rundt år 2020 var det forventet kraftig økning i antall eldre (Folkehelseinstituttet, 2018).

Som sykepleier kommer man til å møte eldre med demens – og ikke bare på sykehjem. Vi vet at demenssykdommer opptrer hyppigst i alderdommen, og vi blir derfor enda mer avhengig av sykepleiere som har kjennskap, kompetanse og engasjement for å kunne sikre god pleie og omsorg til denne pasientgruppen (Rokstad, 2020, s. 35).

Forskning viser at pleie til pasienter med demens er utfordrende, og grensene mellom frivillighet og tvang er ofte uklare (Hem et al., 2011). I utgangspunktet er all bruk av tvang forbudt, men man vet at det er en utstrakt bruk av tvang på sykehjem (Kirkevold, 2005). Grensene kan ofte være hårfine, og som sykepleier kan man stå i situasjoner der man mener tvang er nødvendig, eller der pasientens mostand ikke virker "rasjonell". Det er individuelle forskjeller på hvor man mener grensen for tvang går og hva som vil anses som nødvendig. (Hem et al., 2011).

Mitt første møte med personer med demens var i min første praksis på sykehjem. Her var jeg på en somatisk avdeling, der alle pasientene på min avdeling hadde en form for demenssykdom. Som student observerte jeg at det ble benyttet tvang i ulike situasjoner, og jeg opplever at det er mye usikkerhet knyttet til bruken av tvang. Jeg erfarte som student at bruk av tvang var ubehagelig å være med på, da dette var klart at det var noe pasienten ikke ville.

Jeg ønsker derfor å fordype meg mer i dette teamet, få mer kunnskap om hvorfor tvangen brukes, og ikke minst hvilke erfaringer sykepleiere har med å bruke tvang.

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hva slags erfaringer sykepleiere har når det kommer til tvangsbruken knyttet til demensomsorg på sykehjem.

Jeg ønsker også i oppgaven å kort belyse faktorer som gjør at det brukes tvang, og tillitsskapende tiltak som kan være med å redusere bruken av tvang.

1.2 Problemstilling og oppgavens avgrensning

”Hvilke erfaringer har sykepleier med bruk av tvang i demensomsorg på sykehjem?”.

I denne oppgaven har jeg valgt å avgrense til pasienter med moderat og alvorlig demens på sykehjem. Sykdommene deles ofte inn i 3: degenerative hjernesykdommer, vaskulær demens og sekundærdemens (Rokstad, 2020, s. 25). I de artiklene jeg har valgt å inkludere er det kun brukt samlebetegnelsen demens, og jeg velger derfor å fokusere på demens generelt uten å skille sykdommene fra hverandre. Demens er en vanlig diagnose på somatiske avdelinger, som på lukket avdeling, så jeg har valgt å ikke avgrense til en spesifikk avdeling. Beboer, pasient, bruker og person med demens er flere måter å betegne en person som mottar helsehjelp på sykehjem. Gjennom oppgaven velger jeg bevisst å bruke både begrepet ”person med demens” og ”pasient”. Dette fordi det ikke er diagnosen som kjennetegner en person (Smebye, 2020, s. 13), men samtidig er dem også en person som mottar helsehjelp av helse- og omsorgstjenesten og vil derfor etter pasient- og brukerrettighetsloven bli definert som pasient (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3).

I oppgaven har jeg valgt å kun fokusere på pasienten uten å gå noe nærmere inn på de pårørende. Når sykdommen opptrer hos en person med såpass langt sykdomsbilde, skjer

det, dessverre, ofte en "avskalling" i nettverket underveis. Årsaken til dette er mange, noen kan kanskje føle at personen forsvinner jo mer fremtredende sykdommen er, noen vet ikke hvordan man skal kommunisere med den demente eller at personen med dement sliter med å kommunisere tilbake (Solheim, 2015, s. 290).

På sykehjem arbeider det mye ulikt pleiepersonell. Jeg har i denne oppgaven valgt å kun fokusere på sykepleieres erfaringer knyttet til tvangsbruken i demensomsorgen, da det er dette som er mest relevant for meg som sykepleierstudent.

1.3 Begrepsavklaring

Helsehjelp: vil si handlinger som er utført av helsepersonell, som har forebyggende, behandlende, helsebevarende, diagnostisk, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3).

Makt: er noe man blir tildelt gjennom roller og posisjoner man har. "Makt er ett eller flere menneskers mulighet til å påtvinge andre en atferd, og det selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand" (Ingstad, 2020, s. 151).

Autonomi: er personers rett til å kunne bestemme over seg selv og retten til handlingsfrihet (Solheim, 2015, s. 85).

Verdighet: er en subjektiv opplevelse av å føle seg sett og respektert som en autonom og unik person (Kristoffersen, 2017, s. 17).

Holdning: er en innstilling eller oppfatning en person har, og er ofte basert på kunnskap og personlig erfaring (Leenderts, 2014, s. 133).

1.4 Disposisjon

Videre er oppgaven min delt inn i hoveddeler som fokuserer på teori, metode, funn og drøfting. I teoridelen vil jeg ta for meg fagteori som omhandler demens, samtykkekompetanse, etikk, tvang, lovverk og teoretisk referanseramme. I delen om

metode vil det beskrives hvordan de ulike forskingsartiklene ble funnet, metode og kildekritikk og etikk. Videre vil funnene fra de inkluderte artiklene bli presentert. I drøftingsdelen drøftes oppgavens resultater opp mot teoridelen.

2 Teori

Dette kapittelet inneholder teori som er aktuelt å knytte til problemstillingen. Forskningen som blir beskrevet baserer seg på relevante artikler funnet på databasene SveMed+ og Cinahl. Dette ble gjort ved hjelp av søkeordene "Dementia", "Nurses", "Coercion" og "Nursing homes".

Av litteratur har jeg valgt å bruke både litteratur fra pensum fra utdanningen, og litteratur utenom pensum. Dette er fordi jeg opplevde at det ikke var nok relevant litteratur om demens og tvangsbruk i pensum. Litteratur utenom pensum ble funnet på høgskolens bibliotek.

2.1 Demens

"Demens er ikke en enkeltsykdom, men et syndrom som er et resultat av ulike sykdommer eller skader i hjernen" (Helsedirektoratet, 2019). Det finnes flere beskrivelser på dette syndromet og det er store individuelle forskjeller på hvordan tilstanden utarter seg. I den normale aldring de fleste går igjennom er det fysiologiske forandringer i hjernen, men grensen mellom en normal og ikke-normal kognitiv aldersforandring kan være diffus.

Det er derfor utformet betingelser (ICD-10) som må være til stede for å kunne diagnostisere personer med demens (Engedal & Haugen, 2018, sitert i Rokstad, 2020, s. 25).

Hukommelsen må være betydelig svekket, spesielt for nyere informasjon. I tillegg må pasienten ha svikt av minst én annen kognitiv funksjon (dømmekraft, planlegging, orientering i tid og sted, språk). Det må foreligge en form for atferdsendring i form av svikt av emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial atferd, og pasienten må være ved bevissthet. Disse symptomene må ha hatt minst seks måneder varighet (Rokstad, 2020, s. 25).

Hos noen går forløpet med demens raskt, og hos andre kan det ta mange år. Sykdomsbildet kan beskrives i tre faser; mild demens, moderat demens og alvorlig demens. Ved mild demens vil pasienten få symptomer som kan virke inn på evnen til å klare seg i dagliglivet, men med rutiner og kjente omgivelser kan de fleste greie seg godt. Ved moderat demens vil daglige gjøremål bli vanskelig, og som regel vil ikke pasienten kunne klare seg uten noe form for hjelp. Når sykdomsforløpet går over til alvorlig demens vil pasienten miste grepet på tilværelsen, og pasienten vil bli preget av betydelig handlingssvikt. På dette stadiet vil ikke

pasienten klare seg alene og det er behov for kontinuerlig pleie og tilsyn (Rokstad, 2020, s. 35).

Parallelt med sykdomsforløpet, svekkelsen av ADL-funksjonen, det motoriske og de kognitive endringene, vil de fleste personer med demens få atferdsmessige forandringer som kan føre til endringer i personligheten. Dette kan for eksempel være endret sosial atferd, emosjonell labilitet, irritabilitet eller apati. Personer med demens blir ofte mer primitive og den sosiale læringen en har tilegnet seg gjennom livet vil bli redusert eller borte. Det er heller ikke uvanlig at pasienter med demens opplever økende grad av angst, hallusinasjoner, vrangforestillinger eller får en mer apatisk, interesseløshet eller rastløs motorisk atferd (Solheim, 2015, s. 29-32).

2.2 Samtykkekompetanse

Hovedregelen at all helsehjelp skal skje frivillig, altså kun etter pasientens samtykke (Molven, 2019, s. 134). Dette støttes opp av pasient- og brukerrettighetsloven (1999) der det står beskrevet at det er en rettighet at alle pasienter har rett til informasjon som er tilpasset deres forutsetninger (§ 3-2), rett til å samtykke (§ 4-1) og medvirke i beslutninger om egen helse (§ 3-1).

Begrepet "samtykkekompetanse" kan være vanskelig å tolke, og deltakerne i studien til Pedersen et al. (2013) opplevde usikkerhet på hvem som har ansvaret for å vurdere samtykkekompetansen, og hvordan man gjør det. I studien kom det frem at tvangstiltak ble benyttet uten vurdering av samtykkekompetanse, og at det var spesielt mangelfull samtykkekompetansevurdering om pasienten ikke ytte motstand (Pedersen et al., 2013).

I noen tilfeller vil ikke personer med demens ha evnen til å forstå innholdet i, og konsekvenser av en handling, og i slike situasjoner kan samtykkekompetansen bortfalle: "Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter" (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-3). I 2009 ble kapittel 4A en del av pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Denne loven omhandler helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsier seg helsehjelp. Mangel på samtykkekompetanse vil altså være en forutsetning for å utøve tvang på sykehjem. Loven legger også vekt på at før det ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg,

skal det være gjort en helhetsvurdering der helsehjelpen viser seg som det beste for pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4A-3).

2.3 Etikk

Med etikk menes det refleksjon over moralsk atferd, og kan derfor også kalles moralteori. Med moral forstås oppfatninger av hva som er rett og galt i konkrete handlinger. Som sykepleier vil man komme i situasjoner som kan være etisk utfordrende, og det kan være ulike verdier og interesser å ta hensyn til, der noen kanskje står imot hverandre (Molven, 2019, s. 68-69).

De fire prinsippers etikk er et praktisk-etisk rammeverk. Prinsippene er grunnprinsipper for helsefaglig profesjonsetikk og består av 4 prinsipper som defineres som en plikt. De fire etiske prinsippene er ikke hierarkiske, ingen blir ansett viktigere enn de andre. De er heller ikke absolutte, men ses heller på som handlingsledende (Brinchmann, 2016, s. 85).

Ett av de etiske prinsippene er autonomiprinsippet, som går ut på at mennesket har krav på respekt og selvbestemmelsesrett. Pasienten har rett til å få adekvat informasjon og rett til å kunne velge selv, uten påvirkning utenfra (Brinchmann, 2016, s. 89).

Velgjørhetsprinsippet og ikke-skade prinsippet har også en sentral plass i pleiesammenheng. Dette består i at man ikke skal påføre andre skade, man skal hindre og fjerne den og fremme det gode (Molven, 2019, s. 71).

Et annet prinsipp som har en sentral plass i pleiesammenheng er rettferdighetsprinsippet. I dette gjelder blant annet at goder og byrder skal fordeles likt, samt at like tilfeller skal behandles likt, og ulike tilfeller skal bli behandlet ulikt. En side ved rettferdighetsprinsippet som ofte trekkes frem er at det som skal gjøres, medisinsk eller pleiemessig, skal være nyttig (Molven, 2019, s. 71).

I tillegg til at alle de berørte parter skal tas hensyn til, må man også kalkulere i hvor stor grad de ulike partene berøres og hvor mye nytte en handling fører til. Konsekvensetikk har fokus på mål og konsekvenser, og om en handling er etisk akseptabel avhenger om den fører til en overvekt av det gode i forhold til dårlige konsekvenser (Sneltvedt, 2016, s. 68-70).

Innenfor etikk er også rollefordeling sentralt der vi har ulike forventinger til hverandre gjennom de tildelte rollene som sykepleier og pasient. Et slikt profesjonelt forhold vil være preget av asymmetri, der den ene parten ofte er avhengig av den andre. Pasienten er avhengig av sykepleiers fagkunnskaper som kan benyttes for å ivareta pasientens ulike behov. Dermed har sykepleier ofte mer makt enn pasienten, nemlig på grunn av sin kunnskap og erfaring. Samtidig har sykepleier et profesjonelt ansvar for å sørge for god kommunikasjon der pasienten deler opplevelser, ønsker og behov. God kommunikasjon og godt samarbeid vil etableres når sykepleier og pasient deler kunnskap og erfaringer med hverandre (Sneltvedt, 2016, s. 153).

2.4 Yrkesetiske retningslinjer

Historisk har etikk stått sentralt i utøvelsen av sykepleie, og med tiden har det utviklet et generelt verdigrunnlag og normsett. Dette sier noe om hva handlingene til sykepleiere skal være styrt av og ble i 1983 skrevet ned som "Yrkesetiske retningslinjer" av Sykepleierforbundet (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2019).

Retningslinjene beskriver prinsipper for gode praktiske og moralske handlinger innenfor sykepleie. De kan være gode redskaper for refleksjon og faglig argumentasjon og gi retning for handlinger i praksis (Sneltvedt, 2016, s. 97). Retningslinjene legger vekt på at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for mennesket og verdigheten. Sykepleie skal bygge på omsorg og barmhjertighet. Videre i de yrkesetiske retningslinjene heter det at "sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket" (NSF, 2019).

2.5 Tvang

Tvang vil si fravær av samtykke, som vil si at i juridisk sammenheng er det ulovlig å gi pleie eller helsehjelp uten pasientens samtykke (Smebye & Johnsen, 2020, s. 245). Som nevnt i innledningen vet vi likevel at mer enn 40% av alle sykehjemsbeboere var utsatt for tvang i løpet av en uke (Kirkevold, 2005). En studie avslører at tvangsbruk ble hyppig på sykehjem, samtidig som det ble fattet få vedtak. Tvangen ble ofte benyttet i situasjoner der pasienten

gjorde fysisk eller verbal motstand mot stell eller behandling (Pedersen et al, 2013).

Konkrete eksempler på dette kan være bruk av sengehester, belter og legemidler (Pedersen et al., 2013; Smebye & Johnsen, 2020, s. 245).

Felles for alle sykepleiere er helsepersonelloven (1999) som er sykepleierens profesjonslov, der alle sykepleiere og ansatte i helsevesenet plikter å følge denne loven (Molven, 2019, s. 29).

Helsepersonellovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienten, kvalitetssikre helse- og omsorgstjenesten og styrke tillitten til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten (Helsepersonelloven, 1999, § 1).

Pasient- og brukerrettighetsloven er en lov som gir pasienter og brukere rettigheter i helsetjenesten (Molven, 2019, s. 30). Lovens formål er å fremme tillitten mellom pasient, bruker og helsetjenesten, sosial trygghet og ivareta respekt for den enkeltes liv og integritet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1). Bestemmelsene i denne loven er derfor relevant for sykepleiere i møte med pasienter og brukere (Molven, 2019, s. 30).

2.6 Faktorer som kan føre til bruk av tvang

I en studie av Hem et al. (2011) beskriver pleiepersonell på norske sykehjem at de står i en krevende hverdag der grensen mellom frivillighet og tvang er hårfin. Studien legger vekt på at det er i det daglige stellet pasientene ofte motsier seg pleiehjelpen. Pleierne forteller at de ikke ønsker å bruke tvang, men noen ganger må de foreta seg handlinger som går på tvers av pasientens ønsker (Hem et al., 2011). Aggresjon og uønsket oppførsel er også faktorer som er med på at tvang blir brukt i pleie og omsorgssammenheng (Hem et al., 2011). Personer med demens kan ha problemer med kommunikasjonen, og å reagere med aggresjon kan derimot være deres måte å si ifra på (Rokstad, 2020, s. 198).

I artikkelen til Gjerberg et al. (2013) ble det i intervjuene beskrevet faktorer som kan være med på å øke tvangsbruken. Først og fremst er disse faktorene knyttet til ressurser og systemet. Begrepene "tilstrekkelig tid" og "tilstrekkelig bemanning" er eksempler som ble nevnt i intervjuene. Ifølge personalet kan utilstrekkelig bemanning føre til at man som sykepleier får dårlig tid til alle arbeidsoppgavene, og unødvendig bruk av tvang skjer. Et eksempel som trekkes frem er at pasienter måtte ha på seg bleie i stedet for at sykepleiere

brukte tid på å følge pasienten på toalettet (Gjerberg et al., 2013). En sykepleier sier: "We are not only in need of more hands, but the hands must be skilled too...Then, we might become competent enough to avoid most of the coercion" (Gjerberg et al., 2013, s. 639). At pleiepersonellet har relevant og tilstrekkelig kompetanse gjør at personalet lettere kan møte pasienten ønsker og krav (Gjerberg et al., 2013). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §4A-1) presiserer at tvangstiltak ikke skal brukes på grunn av mangelfull kompetanse eller for å spare ressurser.

2.7 Tiltak for å redusere tvangsbruk

Hvordan sykepleier utøver sin makt er avgjørende for å ikke krenke pasientens verdighet og autonomi. Som sykepleier må man bruke sin kompetanse for å finne løsninger på utfordrende situasjoner og alternative handlinger til tvangsbruk (Gjerberg et al, 2013). Pasient- og brukerrettighetene (1999, § 4A-3) fremhever at tillitsskapende tiltak skal ha vært prøvd før det kan ytes helsehjelp mot pasientens vilje. Intervjuene i studien til Gjerberg et al. (2013) viser at personalet ofte brukte mye tid på tillitsskapende tiltak ved å prøve ut ulike tilnærminger for å forhindre tvangsbruk. To strategier personalet brukte om pasienten viste noe form for motstand var "å prøve senere" og "skifte av personale". De opplevde at pasientens humør og situasjon endret seg raskt ved slike strategier (Gjerberg et al., 2013). En-til-en-omsorg er også en strategi som ble nevnt, spesielt til de "vandrende" pasientene. En "vandrende" gangatferd blant kognitivt svekket pasienter er ofte utfordrende da pasienten kan falle, eller ha risiko for andre ulykker (Gjerberg et al., 2013). Andre tiltak for å forhindre bruk av tvang var å tilbringe tid sammen med pasienten, også kalt individuell miljøbehandling. De fleste ansatte opplevde at dette hjalp med å redusere motstand, men også at det inspirerte til tillitt (Gjerberg et al., 2013; Rokstad, 2020, s. 166). Slik individuell miljøbehandling vektlegger identitetsbevarende tiltak og gjennomføres på bakgrunn av pasientens ressurser. Miljøbehandling kan bidra med å sikre forutsigbarhet og struktur slik at pasienten lettere kan få rutiner i hverdagen. Det bør tilrettelegges etter pasientens egne interesser, og utføres steder der det er lite som kan distrahere pasienten (Rokstad, 2020, s. 166-168).

2.8 Mellommenneskelig forhold i sykepleien

Å forholde seg til det enkelte menneske som en unik person ved en mellommenneskelig prosess er noe Travelbee satte høyt. Hun vektla at det enkelte mennesket er uerstattelig og enestående, og at den enkeltes opplevelse av sykdom vil være personlig (Kristoffersen, 2017, s. 29).

Å etablere et likeverdig menneske-til-menneske-forhold er en metode sykepleiere bør anvende, på denne måten lærer man både sykdommen og pasienten å kjenne (Kristoffersen, 2017, s. 22).

Et menneske-til-menneske-forhold etableres gjennom en prosess som har flere faser: *Det innledende møtet* mellom sykepleier og pasient kjennetegnes ved at dem ikke kjenner hverandre. I dette møtet får begge parter et førsteinntrykk av hverandre basert på observasjoner av væremåte, handlinger og språk. Utfordringen her er at begge parter må se forbi rollene man er tildelt, pasient og sykepleier, og se hverandre som unike personer.

Dersom sykepleier mangler denne evnen vil omsorgen bli upersonlig og overfladisk.

Etterhvert som interaksjonen utvikler seg, vil *identiteten* til sykepleier og pasient tre frem og de vil begynne å etablere en relasjon. I en slik relasjon er *empati* vesentlig for å oppnå nærhet og kontakt. Empati er "...evnen til å trenge inn i eller ta den i og forstå den psykiske tilstanden som en annen person er i der og da" (Kristoffersen, 2017, s. 33), og er noe som kan oppleves i enkeltsituasjoner.

Sympati er den fjerde fasen i å etablere et menneske-til-menneske-forhold, og er et resultat av empati. Sympati er en holdning eller innstilling der den sympatiske personen føler den andres ubehag, og ønsker å gjøre noe aktivt for å hjelpe. Den siste fasen i etableringen av et menneske-til-menneske-forhold er en *gjensidig forståelse*, som er et resultat av de tidligere fasene. En pasient får tillitt til en sykepleier som viser seg som en person pasienten kan stole på gjennom sine handlinger (Kristoffersen, 2017, s. 34).

Travelbee vektla også kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier. Kommunikasjon er sykepleierens viktigste redskaper i menneske-til-menneske-forhold. I en slik prosess formidler man følelser, tanker og forventinger til hverandre. "Å lære den syke å kjenne er like opplagt og nødvendig sykepleieaktivitet som det å utføre en prosedyre eller sørge for fysisk omsorg" (Kristoffersen, 2017, s. 34). Dette betyr at å bli kjent med pasienten som

person og å kunne identifisere hans mangler, er en forutsetning for å kunne planlegge og utføre en sykepleie som er i samsvar med pasientens behov (Kristoffersen, 2017, s. 34).

3 Metode

3.1 Valg av metode

Ifølge Dalland (2014, s. 111) er metode en fremgangsmåte som forteller hvordan man bør gå frem for å innhente data. I denne oppgaven har jeg valgt litteraturstudie som metode da jeg mener dette er den letteste metoden å anvende for å kunne svare på problemstillingen min. Det vil si at jeg har innhentet litteratur og forskning som allerede finnes rundt mitt valgte tema (Thidemann, 2019, s. 81).

3.2 Inklusjon og eksklusjonskriterier

Denne oppgaven inkluderer artikler som omhandler sykepleiers erfaringer med bruk av tvang, ikke annet pleiepersonell.

Jeg har valgt å kun benytte artikler som er fagfellevurdert og publisert i vitenskapelige tidsskrift, dette for å være sikker på at det er forskning som er blitt vurdert og godkjent av eksperter på området (Dalland, 2014, s. 78). For å få tydelig frem ulike nyanser av sykepleiers egne erfaringer og opplevelser ved bruk av tvang, er det inkludert både kvalitative individuelle intervjuer, fokusgruppeintervjuer og kvantitative spørreundersøkelser i studien. Jeg har også valgt å ta med forskning fra andre vestlige land enn kun Norge, da pleie for personer med demens vil være ganske lik i de vestlige landene. Jeg har funnet artikler på norsk, engelsk og andre skandinaviske språk slik at det blir lettere for meg å forstå og oversette. Ved søkene jeg har gjort i de ulike databasene har jeg avgrenset med artikler fra år 2000 og opp, da jeg mener at eldre artikler ikke er relevant for å kunne svare på problemstillingen min.

3.3 Litteratur og litteratursøk

Etter at jeg hadde kommet frem til problemstillingen min, brukte jeg et PICO-skjema (Patient, Intervention, Comparison og Outcomes) (vedlegg 1). PICO-skjemaet ble brukt som et hjelpemiddel for å dele opp problemstillingen, slik at det skulle være enklere å definere søkeord til de ulike delene. Jeg laget deretter en søkeordtabell (vedlegg 2) for å finne forslag

til relevante søkeord. Jeg startet først med å fylle inn noen ord, for så å fylle inn flere etterhvert som jeg kom over relevante emneord og tekstord fra databasene og artikler. Når forberedelsene til søkene var gjort, ble det gjort søk i databasene Cinahl, SweMed+ og Oria da det er blant annet disse VID har anbefalt.

Søk og utvelgelse av forskningsartikler

Jeg startet med å gjøre meg kjent med databasen SweMed+, som er en skandinavisk database med fag- og forskningsartikler. Her gjorde jeg søk med søkeord fra søkeordtabellen (vedlegg 2), og kombinert søkene med "AND" for å få med innholdet på alle søkeordene. I et av søkene fikk jeg to treff ved å brukesøkeordene "bruk av tvang" og "demens". Her valgte jeg å inkludere kun en av artiklene, da den andre artikkelen ikke oppfylte inklusjonskriteriene mine. Artikkelen jeg valgte å inkludere fra søket var **"Kampen for pasientens beste – sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens"** publisert av May-Hilde Garden og Solveig Hauge i 2012.

Deretter ble det gjort søkt etter forskning på databasen Cinahl, som inneholder fulltekster og sammendrag til tidsskriftartikler innenfor sykepleie og helse. Her brukte jeg søkeordene "Dementia"(emneord og tekstord), "Nursing care" (emneord) og "Nurses experience" (tekstord) fra søkeordtabellen (vedlegg 3). Av dette søket fikk jeg 10 treff, der artikkelen til Garden og Hauge (2012) var en av dem. Av de resterende ni treffene var det en artikkel som oppfylte inklusjonskriteriene mine. **"Strain in nursing care og people with dementia: Nurses experience in Australia, Sweden and UK"** ble publisert i 2008 av Anna-Karin Edberg, Mike Bird, David A Richards, Robert Woods, Philip Keeley og Vivienne Davis-Quarrell. Denne artikkelen ble valgt fordi studien beskriver sykepleiers erfaringer og opplevelse av bruk av tvang i demensomsorgen. Dette ble gjort ved hjelp av fokusgruppeintervjuer der deltakerne diskuterte og delte erfaringer.

I denne oppgaven ønsket jeg også å undersøke hva som kunne bidra til å påvirke forekomsten av tvangsbruk. Søkeordene i Cinahl ble endret til "Dementia" (emneord og tekstord), "Restraint" (tekstord) og "Attitudes" (tekstord). Jeg ønsket å finne noen nyere artikler og avgrenset til år 2010 og nyere. Her fikk jeg syv treff, der artikkelen **"Effects of a**

restraint minimization program on staff knowledge, attitudes, and practice: a cluster randomized trial" passet til inklusjonskriteriene mine. Denne studien som ble publisert i 2010 av Tony J. –E Pellfolk, Yngve Gustavson, Gösta Bucht og Stig Karlsson, avslører hvordan økt kunnskap kan påvirke tvangsbruken. Etter et utdanningsprogram over seks måneder ble det sammenliknet kunnskap, holdninger og forekomsten av tvangsbruk med en kontrollgruppe som ikke deltok i programmet. Resultatene i studien var interessante og jeg ønsket derfor å inkludere denne artikkelen i studien min.

"The ethics of coercive treatment of people with dementia" publisert av Eva Lejman, Margareta Westerbotn, Ulrika Pöder og Barbro Wadensten i 2013 ble også funnet på Cinahl. Ved å bruke søkeordene "Dementia", "Coercion" og "Nurses" som både emneord og tekstord fikk jeg tre treff. Her var den første artikkelen allerede inkludert (Garden & Hauge, 2012) og den andre var ikke relevant. Jeg valgte den tredje artikkelen da studien beskriver hvordan sykepleiere på sykehjem arbeider for å sikre god og trygg pleie, samt opprettholde verdigheten til personer med demens. Studien belyser også sykepleiestrategier for å forhindre tvangsbruk.

Jeg gjorde også håndسøk, der jeg så på referanselistene til de inkluderte artiklene for å se om det var noen relevante artikler jeg kunne bruke. I referanselisten til artikkelen av Edberg et al. (2008), fant jeg en artikkel som fanget min oppmerksomhet. **"Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: strain and satisfaction with work"** ble publisert av Henry Brodaty, Brian Draper og Lee-Fay Low i 2003. Dette er en studie som beskriver sykepleiers opplevelser i demensomsorgen, og holdninger knyttet til bruk av tvang mot personer med demens. Jeg mener derfor at den er relevant for å kunne svare på min problemstilling.

I referanselisten til Lejman et al. (2013) fant jeg også en artikkel som fanget min oppmerksomhet. **"The use of physical restraint in institutional care of older people in Finland: nurses' individual communal and alternative modes of action"** ble publisert av Reetta Saarnio, Arja Isola og Helena Laukkala i 2008. Jeg valgte å inkludere denne studien

fordi den belyser sykepleiers erfaringer med tvang og alternative handlingsmåter i situasjoner der det brukes tvang.

3.4 Oversikt over data og gjennomgang av forskning

Oversikt over data

For å hente ut data fra de inkluderte studiene benyttet jeg en litteratormatrise (vedlegg 3). En slik litteratormatrise ga meg en god oversikt over hovedelementene i de enkelte artiklene og var et godt hjelpemiddel når jeg skulle sammenfatte resultatene. Følgende data ble hentet ut: forfatter, år og land, hensikt, utvalg, metode og hovedresultat.

Gjennomgang av forskning

For å sammenfatte resultatene leste jeg resultatene i artiklene flere ganger, og prøvde deretter å rydde og tolke resultatene i de enkelte studiene. Jeg fant så fellestrekk i studiene for å lettere sammenfatte resultatene. Resultatene i studiene ble markert med ulike farger som indikerte de ulike fellestrekkene. Fire temaer jeg valgte å dele opp i var: grunner til at tvang blir benyttet, på person og systemnivå, følelser hos sykepleiere og alternative tillitsskapende metoder.

3.5 Metode og kildekritikk

Når en søker etter litteratur vil man komme over mye skriftlig informasjon om temaet, og det er derfor viktig å plukke ut artikler som er relevante, samt vurdere troverdigheten og holdbarheten (Dalland, 2014, s. 74). I min oppgave har jeg valgt ut artikler fra søk med flere treff. Det at jeg har valgt ut noen artikler, og ikke inkludert alle, kan påvirke resultatene ved at jeg kan ha valgt ut artikler som bekrefter forforståelsen min.

I de inkluderte artiklene kan forfatterens tolkninger prege fremstillingen av funnene og konklusjonene som trekkes. Det må derfor diskuteres på hvilken måte dette igjen kan påvirke leserens tolkning av resultatene. Samtidig kan også leserens erfaringer og kunnskap ha betydning på hvordan stoffet blir lest og hvordan dataene i forskningen bli tolket og bearbeidet. Dette er noe som er viktig å være oppmerksom på når man leser forskningen.

Litteratursøket er en stor del av litteraturstudien. For å få et godt og bredt utvalg av relevante artikler, stilles det krav til hvordan jeg har søkt og hvilke søkeord jeg har benyttet. Er det noen relevante søkeord som ikke er benyttet, kan dette føre til at jeg ikke har fått opp artikler som kunne være av interesse.

Alle de inkluderte artiklene, ved unntak av Garden og Hauge (2012) er skrevet på engelsk, der min oversettelse til norsk kan ha påvirket resultatene. Oversettelse fra engelsk til norsk vil sette krav til engelskkunnskapene mine. Jeg har oversatt etter beste evne og bruk ordbok der jeg følte behov for det, men feiltolkninger kan skje, som igjen kan påvirke resultatene. Jeg har valgt å ha med ett sitat på engelsk da jeg mener at sitatet har et viktig budskap som kan bli endret ved oversettelse.

De inkluderte artiklene er hentet fra anerkjente databaser og tidsskrifter.

Jeg benyttet også en sjekkliste for kvalitative artikler (vedlegg 4) og kvantitative artikler (vedlegg 5) for å vurdere om resultatene til de inkluderte artiklene er til å stole på (Helsebiblioteket.no, 2016). IMRaD-strukturen (introduction, method, results and discussion) er en anerkjent måte å strukturere en vitenskapelig artikkel (Thidemann, 2019, s. 30). Jeg har derfor, i tillegg til bruk av sjekkliste, sett om artiklene har en slik struktur.

De inkluderte studiene er fagfellevurdert, som vil si at den er vurdert og godkjent av andre forskere på samme feltet, noe som er med på å styrke studiene ytterligere. I tillegg har flere av de inkluderte artiklene konkrete utvalgsriterier for å kunne være med på studien, noe som kan styrke studien (Edberg et al., 2008; Garden & Hauge, 2012; Lejman et al., 2013). Utvalgsriteriene vil også kunne påvirke hva slags data forskeren får eller ikke får om problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 83). De som melder seg som bekvemmelighetsutvalg kan ha spesielt positive eller negative erfaringer. Studiene uten konkrete utvalgsriterier gjør at det er et bredt spekter av deltakere, og man vil dermed få frem mange ulike synspunkter og erfaringer, noe som er relevant i denne studien (Brodaty et al., 2003; Pellfolk et al., 2010; Saarnio et al., 2008). Jeg velger derfor å se på disse studiene som relevante for å svare på min problemstilling.

Tre av de inkluderte artiklene er av eldre årstall som kan gjøre at erfaringene til sykepleierne har endret seg med årene, ettersom det utvikler seg stadig ny kunnskap (Brodaty et al., 2003; Edberg et al., 2008; Saarnio et al., 2008). Jeg ser dem likevel som relevante til min oppgave da det er erfaringer og opplevelser sykepleiere har hatt i arbeid med personer med demens. Jeg har også gjort funn av nyere artikler som belyser problemstillingen min, men disse artiklene oppfylte ikke de valgte inklusjonskriteriene og jeg har derfor valgt å ikke inkludere dem.

I studien til Edberg et al. (2008) har utvalget ulik erfaring fra demensomsorgen, fra dagsenter, hjemmesykepleien og sykehjem. Jeg vurderer likevel denne artikkelen som relevant da studien skiller mellom de ulike arbeidskontekstene i deler av artikkelens resultat og diskusjonsdel. Det er da kun brukt data fra relevant kontekst. I tillegg har studien flere utvalgsriterier for å kunne delta, som gjør studien mer relevant. Deltakerne må være i direkte omsorg med personer med demens, ikke i en administrativ rolle, og deltakeren skal ikke være fra samme arbeidsgruppe. Deltakerne hadde gjennomsnittlig 11 år med praksis, noe som er med på å styrke studien (Edberg et al., 2008).

3.6 Etisk overveielse

Etiske overveielser vil si å tenke over konsekvenser av det man har planlagt å gjøre. Det er spesielt viktig hvis mennesker anvendes som kilder under innsamling av data, slik som i denne oppgaven (Dalland, 2014, s. 138).

Flere av forskningsartiklene jeg har inkludert i denne oppgaven oppgir i teksten at det er hentet skriftlig og informert samtykke (Brodaty et al., 2003; Garden & Hauge, 2012; Lejman et al., 2013; Saarnio et al., 2008). I to av artiklene ble det holdt møte med deltakerne før oppstart av studien for eventuelle spørsmål og usikkerheter rundt studien (Brodaty et al., 2003; Saarnio et al., 2008). Svarene i alle studiene er blitt behandlet konfidensielt, og opplysninger om deltakere og sted er blitt anonymisert.

Det er også min egen oppgave og metode som det skal gjøres en etisk overveielse rundt. Når man skal gjengi forskning og resultater fra tidligere studier, som er gjort i denne oppgaven, er

det viktig at jeg forholder meg til retningslinjene for oppgaveskriving og korrekt kildehenvisning for å unngå plagiering. Når man bruker andres forskning er det viktig å ha respekt andre forfatteres arbeid i form av å være forsiktig med egen tolkning av teksten. I denne oppgaven er fremstilling av kilder, sitater og henvisninger gjort i henhold til VID sine retningslinjer for bachelorskriving (VID, 2020).

4 Funn

4.1 Funn i valgte forskningsartikler

Studiene som ble inkludert ble utført i Norge ($N=1$); Finland ($N=1$); Australia ($N=1$); Sverige ($N=2$) og Sverige, Australia og Storbritannia ($N=1$). Studiene ble publisert mellom år 2003-2013. Utvalget bestod av 8 til 1148 antall sykepleiere, der totalt inkluderte deltakere var 1800. Deltakerens alder varierte mellom 20-62 år, mens arbeidserfaring varierte mellom 1-30 år. Det er inkludert tre studier som har brukt kvalitativ metode, to som har brukt kvantitative metode og en studie som har kombinert kvalitativ og kvantitativ metode. I de kvalitative studiene er data samlet via individuelle intervju og fokusgruppeintervju. I de kvantitative studiene er data samlet via spørreundersøkelse ved hjelp av spørreskjema. De inkluderte studien er beskrevet i vedlegg 3.

I sammenfatningen av resultatene fra de inkluderte studiene ble det indentifisert fire temaer: grunner til at tvang blir benyttet, på person og systemnivå, følelser hos sykepleiere og alternative tillitsskapende metoder.

Grunner til at tvang blir benyttet på systemnivå

I alle de inkluderte studiene beskrev sykepleierne grunner til at tvang ble benyttet, som lå på systemnivå. Sykepleierne erfarte at mangel på ferdigheter og tilstrekkelig bemanning var grunner til at tvang blir benyttet. Mange av sykepleierne opplevde at det var trange rammer på avdelingen som igjen fikk betydning for tvangsbruk i form av opplevd arbeidspress (Brodaty et al., 2003; Edberg et al., 2008; Garden & Hauge, 2012). En kombinasjon av lite tid og utilstrekkelig bemanning gjorde at sykepleierne hadde ansvar for alt for mange pasienter på samme tid. Dette gav dem en opplevelse av den individuelle omsorgen bortfalt helt eller delvis, og tvang ble brukt for å komme seg gjennom arbeidsdagen (Garden & Hauge, 2012).

Sykepleierne beskrev at det til tider ikke var tilstrekkelig kompetanse på arbeidsplassen (Brodaty et al., 2003; Edberg et al., 2008; Garden & Hauge, 2012; Lejman et al., 2013; Pellfolk et al., 2010). De gav uttrykk for at kunnskap om demens og erfaringer innenfor dette var viktig når det gjaldt å finne alternative frivillige omsorgstiltak (Brodaty et al., 2003; Garden &

Hauge, 2012). Sykepleier følte seg ofte alene med ansvaret på jobb fordi det kunne være for få ansatte med tilstrekkelig kunnskap (Garden & Hauge, 2012). I studien til Pellfolk et al. (2010) fremhever sykepleiere at tilstrekkelig kunnskap kan redusere bruken av tvang uten å øke faren for fall og skader.

Pasienters juridiske rettigheter ble opplevd av sykepleiere som vanskelig å tolke, og tolkningene varierte mellom sykepleierne (Lejman et al., 2013). Begreper som "samtykkekompetanse" og "nødvendig helsehjelp" opplevdes som begreper som var utfordrende å tolke (Lejman et al., 2013). Dette var eksempler på begreper som ikke var særlig klare eller velavgrenset og sykepleiere opplevde at de ulike tolkningene gjorde at sykepleiere handlet forskjellig i pleiesituasjoner (Lejman et al., 2013).

Grunner til at tvang blir benyttet på personnivå

De inkluderte studiene beskrev også grunner til at tvang ble benyttet, som ligger på personnivå (Brodaty et al., 2003; Garden & Hauge, 2012; Lejman et al., 2013). Sykepleierne beskrev at tvang ble brukt i situasjoner der pasienten har en problematisk oppførsel, først og fremst i form av aggresjon og voldelig oppførsel (Brodaty et al., 2003; Garden & Hauge, 2012; Lejman et al., 2013).

Sykepleierne opplevde at pasienter med demens kunne utagere i omsorgssituasjoner, og det ikke var uvanlig at sykepleierne ble spyttet på, slått etter eller sparket. I slike situasjoner så sykepleierne det som mest riktig å benytte tvang i form av å holde pasienten fast eller føre pasienten bort, for å verne både pasienten, andre pasienter og ansatte (Garden & Hauge, 2012). Noen av sykepleierne forstod også pasientens utfordrende atferd som en reaksjon på tvangstiltakene (Garden & Hauge, 2012).

I to av studiene beskrev sykepleierne at de brukte tvang for å forhindre fall og skader (Edberg et al., 2008; Lejman et al., 2013). En risikovurdering ble tatt i slike situasjoner, der flere sykepleiere opplevde at konsekvensene av fall og skade var større enn konsekvensene av bruk av tvang (Lejman et al., 2013). Det ble også brukt tvangsmidler i form av låste dører, sengehest og belter for å minimere konstant vandring og fare for fall og skade i den sammenheng (Lejman et al., 2013).

Selv om sykepleierne så på tvang som mest riktig, opplevde de også at det til slutt ble en kamp mellom pasientens trygghet og pasientens kvalitet på livet. De følte at det ble et valg mellom fysisk eller følelsesmessig velvære, der uansett beslutning som blir tatt vil oppfattes som feil (Edberg et al., 2008; Lejman et al., 2013).

Følelser hos sykepleier

Bruk av tvang var ingen enkel sak for sykepleierne og vekket følelser hos dem (Brodaty et al., 2003; Edberg et al., 2008; Garden & Hauge, 2012). Ifølge sykepleierne ble tvang benyttet for å handle til pasientens beste, lindre lidelse og forbedre pasientens livskvalitet (Edberg et al., 2008). På grunn av de overnevnte faktorene (lite tid, kompetanse og bemanning) følte sykepleierne at de ikke strakk til. På grunn av den mindre tilgjengeligheten de hadde overfor pasienten, fikk dem en følelse av frustrasjon, sinne og en følelse av at de var maktesløse (Edberg et al., 2008).

Sykepleiere beskrev at det til tider var vanskelig å forstå pasienten og pasientens behov, delvis på grunn av dårlig kommunikasjon (Edberg et al., 2008; Garden & Hauge, 2012).

I sammenheng med den dårlige kommunikasjonen, beskrev sykepleiere følelse av skyldfølelse fordi de ikke forstod pasienten og fordi de følte de invaderte pasientens integritet og autonomi. Videre beskrev sykepleiere at de følte de var skyld i pasientens negative opplevelser og gjorde hverdagen til pasienten verre (Garden & Hauge, 2012).

Oppfatninger som gikk igjen hos sykepleiere var at personer med demens hadde lite kontroll over egen oppførsel, var uforutsigbare, engstelige, ensomme og sårbare (Brodaty et al., 2003; Garden & Hauge, 2012). Sykepleiere fortalte at det var vanskelig å takle pasienters aggressive oppførsel og uforutsigbarhet (Brodaty et al., 2003). Noen sykepleiere synes å oppleve at demenssykdommen gjorde at den opprinnelige personen ble "tapt" (Garden & Hauge, 2012). Andre sykepleiere opplevde at personen fortsatt var til stede, men at den kognitive svikten medførte en type "tildekking" av personen (Garden & Hauge, 2012). Denne tolkningen av pasienten gjorde at sykepleierne var spesielt opptatt av pasientens psykiske velvære, men følte at de var ute av stand til å gjøre noe på grunn av lite info om pasienten, og delte meninger om hva som er best for pasienten (Edberg et al., 2008; Garden & Hauge, 2012).

Sykepleiere hadde erfart at de selv eller kollegaer kunne bli sinte i situasjoner der det ble brukt tvang. En følelse av oppgitthet og sinne mot pasienten var ikke en akseptabel følelse på arbeidsplassen da det kunne svekke profesjonaliteten og forstyrre faglige vurderinger. Sykepleierne var klare over dette, men fortalte likevel at pasientens sinne kunne smitte over på en selv (Garden & Hauge, 2012).

Alternative tillitsskapende metoder

Sykepleierne beskrev også alternative handlingsmetoder (Lejman et al., 2013; Saarnio et al., 2008). De beskrev forebyggende strategier for å forhindre tvangsbruk, som å skaffe informasjon om pasientens livshistorie, behov og preferanser. Dette var en viktig forutsetning for å kunne tilpasse pleien til hver enkelt pasient (Lejman et al., 2013; Saarnio et al., 2008).

Sykepleierne la vekt på handlingsmåter der personalet prøvde å forstå personen med demens og satte seg inn i pasientens situasjon. Innsikt i den demente pasientens oppfatning av omverden ble også sett på som nødvendig for å kunne planlegge og utføre god pleie etter pasientens behov (Saarnio et al., 2008).

Ifølge sykepleiere brukte personalet tid med pasientene, i form av individuelle aktiviteter som var basert på pasientens preferanser, som å gå turer, samtaler, ta en kaffe, se på fotoalbum. Denne handlingsmetoden fungerte tillitsskapende, samtidig som følelsen av å være på et sykehjem ble redusert. Sykepleieren opplevde også at å bruke tid med pasienten reduserte angst og utfordrende atferd, samt det var med på å fremme pasientens integritet (Lejman et al., 2013).

5 Diskusjon

I denne delen av oppgaven blir funnene i forskingsartiklene og kunnskapen fra teoridelen brukt for å drøfte min problemstilling: *“Hvilke erfaringer har sykepleier med bruk av tvang i demensomsorg på sykehjem?”*.

5.1 Grunner til at tvang blir benyttet på systemnivå

5.1.1 Arbeidsmiljø

Funnene fra studiene viser at avdelinger på sykehjem ofte er preget av trange rammer som kan gi betydning for tvangsbruk i form av opplevd arbeidspress. Travelhet og stress er ord som brukes for å beskrive hverdagen i omsorg med personer med demens, da en kombinasjon av lite tid og utilstrekkelig bemanning ga sykepleierne et stort pasientansvar (Brodaty et al., 2003; Edberg et al., 2008; Garden & Hauge, 2012).

Et slikt stort sykepleiefaglig ansvar for mange pasienter kan gi sykepleieren mindre spillerom til å finne alternative løsninger til tvangsbruk. Det er derimot ikke slik at sykepleiers arbeidssituasjon kan ses på som grunnlag for å utføre tvungen helsehjelp, men opplevelsen av et arbeidspress og tidsmangel kan være med å påvirke iverksettelsen av tvangstiltak. For å oppnå frivillige tiltak stilles det krav til pasientens evne til å motta informasjon, men det bør også stilles krav til personalets mulighet til å være fysisk og psykisk til stede hos pasienten (Garden & Hauge, 2012).

Sykepleier har en plikt til å sørge for at pasientene får den helhetlige omsorgen de trenger og har krav på, herunder personsentrert omsorg (NSF, 2019). En slik omsorg kan bidra til å forebygge tvangsbruk ved at sykepleier og pasient etablerer et mellommenneskelig forhold, der sykepleier tar utgangspunkt i pasientens opplevelse i pleiesituasjoner. For å kunne gi personsentrert demensomsorg bør man som sykepleier møte personens grunnleggende behov, psykologiske behov like mye som fysiologiske behov (Rokstad, 2020, s. 54). I praksis gjør derimot et opplevd arbeidspress og utilstrekkelig bemanning det vanskelig å bruke tid på alternative metoder for å møte pasientens ønsker, og evnen til å kunne gi den individuelle og personsentrerte omsorgen bortfaller helt eller delvis (Garden & Hauge, 2012; Saarnio et

al., 2008). Funnene viser at sykepleierne erfarte at tidspresset kunne føre til at det stadig dukket opp situasjoner der de måtte balansere personers ulike behov mot hverandre, der noe blir sett på som mer viktig å få utført. Mangelen på tid resulterte i at det blant annet ble mer fokus på arbeidsoppgavene som måtte gjøres enn pasienten som person. Det kan med andre ord være nødvendig med tilstrekkelig bemanning, altså antall fysiske tilgjengelig personale for å kunne tilpasse sykepleien til pasientens preferanser, og for å unngå unødvendig bruk av tvang (Edberg et al., 2008; Garden & Hauge, 2012; Lejman et al., 2013).

Sykepleierne uttrykte også bekymring rundt mangel på kompetanse blant sykepleierne og annet pleiepersonell (Edberg et al., 2008), noe som kan være med å påvirke iverksettelsen av tvangsbruk. En sykepleier sa: "We are not only in need of more hands, but the hands must be skilled too...Then, we might become competent enough to avoid most of the coercion" (Gjerberg et al., 2013, s. 639). Dette utsagnet kan tolkes som at tilstrekkelig kompetanse hos bemanning er like viktig, om ikke viktigere, enn tilstrekkelig bemanning for å kunne forebygge bruk av tvang (Gjerberg et al., 2013).

Resultatet av studien til Pellfolk et al. (2010) viser at tvangsbruken ble reduserte betraktelig (34,6%) blant deltakerne som mottok utdanningsprogrammet deres. I gruppen som ikke hadde fått tilbud om utdanningsprogram var forekomsten av tvang lik etter de seks månedene. Disse funnene kan antyde at det er en sammenheng mellom personalets kunnskap og bruken av tvangstiltak, da økt kunnskap og bevissthet rund tvang og demens påvirket forekomsten av tvangsbruk.

Sykepleier er, etter helsepersonelloven (1999, § 17), ansvarlig for å varsle om forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet, men på lik linje er også ledelsen lovpålagt (Helsepersonelloven, 1999, § 16) å organisere virksomheten slik at helsepersonellet er i stand til å overholde sine plikter. Dette innebærer at ledelsen har et ansvar for å legge til rette slik at god personsentrert pleie kan gjennomføres. Da kommer vi igjen tilbake til forutsetninger som tilstrekkelig bemanning, kompetanse og tid.

5.1.2 Krevende juridiske begreper

Loven er klar på at det ikke skal brukes tvang uten pasientens samtykke, med unntak av hjemlet i kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Formålet med loven er å yte nødvendig helsehjelp for å hindre helseskade, men også forebygge og begrense bruk av tvang (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4A - 3). Det viser seg imidlertid at det ofte ikke er like lett å tolke det juridiske og bruke dette i praksis. For å kunne gi helsehjelp etter hjemmelet i kapittel 4A må pasienten være uten samtykkekompetanse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4A-1). Det er den som yter helsehjelpen som avgjør om pasienten har samtykkekompetanse eller ei (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-3), men det kan derimot være usikkerhet blant sykepleiere på sykehjem om hvordan samtykkekompetanse vurderes, og hvem som er ansvarlig for å gjøre dette (Lejman et al., 2013; Pedersen et al., 2013). Grensene mellom frivillighet og tvang ofte er uklare, og det kan være vanskelig å skille mellom hva som går under tvang og hva som er frivillig i omsorg med demente (Garden & Hauge et al. 2012; Hem et al., 2011; Lejman et al., 2013). Usikkerheten rundt hvordan samtykke vurderes og hvem som har ansvaret kan resultere i at det blir brukt tvang uten at samtykkekompetansen hos pasienter med demens er vurdert. Dette kan ses i en studie der det ble avdekket at det var betydelig mangelfull samtykkekompetansevurdering, spesielt om pasientene ikke gjorde motstand (Pedersen et al., 2013).

Etter loven må helsehjelpen være nødvendig, og frafall av hjelp fører til vesentlig helseskade (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4A-3). Her kan sykepleier bruke faglig skjønn for å vurdere hva som regnes med som "nødvendig helsehjelp" og "vesentlig helseskade". Det må også gjøres en helhetsvurdering av pasienten og situasjonen, der det er opp til sykepleier å avgjøre om et tvangstiltak er det beste for pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4A-3). Det kan være utfordrende for sykepleier å vite hva som faktisk ligger til grunn for kravene i loven, og sykepleiers verdier, holdninger og preferanser spille inn på vurderingen som blir tatt.

Denne usikkerheten/tvilen rundt lovverket og begrepene kan være et resultat av mangelfull kompetanse, samt lite opplæring og kjennskap til loven, men også at det er stort rom for feiltolkninger i lovverket (Lejman et al., 2013; Pedersen et al., 2013).

5.2 Grunner til at tvang blir benyttet på personnivå

5.2.1 Utfordrende atferd

Atferdsmessige endringer er en del av symptombildet ved en demenssykdom (Rokstad, 2020, s. 197-198). Aggressivitet og uforutsigbarhet var atferd som sykepleiere syntes var mest problematisk å håndtere, noe jeg selv erfarte i praksis.

Sykepleierne i studien kunne oppleve at slik utfordrende atferd var en stor følelsesmessig påkjenning, og gjorde jobbhverdagen ekstra vanskelig (Brodaty et al., 2003; Garden & Hauge, 2012; Lejman et al., 2013). I en av studiene rapporterte 25% sykepleierne at jobben ikke ga jobbtilfredshet på grunn av vanskelig atferd hos pasientene (Brodaty et al., 2003). I tilfeller der pasienten hadde utfordrende atferd som var vanskelig å håndtere, kan det tolkes som at tvang ble brukt for å beskytte pasienten, personalet og medpasientene (Brodaty et al., 2003; Garden & Hauge, 2012; Lejman et al., 2013).

Det opplevdes av sykepleierne at personer med demens er personer som liker å ha kontroll i hverdagen. Funnene i litteraturstudien fant at tvangstiltakene som ble brukt for å beskytte pasienten, personalet og medpasienter, ble utført ved blant annet å holde pasienten fast eller føre pasienten bort til et sted han ikke ville (Garden & Hauge, 2012; Lejman et al., 2013). En sykepleier fortalte:

Fordi når folk var veldig flinke og hjelper han på riktig måte, gikk det veldig greit, men når folk ville styre han, prøver å presse han og ja, gjøre ting som han egentlig ikke hadde lyst til egentlig, da ble det ganske ille. Da var det vold. Da var det bruk av makt fra personalets side (Garden & Hauge, 2012).

Utfordrende atferd kan være en grunn til at tvang benyttes, men sett fra en annen side kan tvang også være grunnen til pasientens utfordrende atferd. I slike tilfeller som sitatet over beskriver, kan man tolke den utfordrende atferden som et resultat av tvangsbruken, og ikke demenssykdommen (Garden & Hauge, 2012).

Utfordrende atferd hos pasienter med demens kan være vanskelig å håndtere for sykepleiere. For å kunne forstå den utfordrende atferden til pasienten kan det hjelpe om

sykepleier har en tilnæringsmåte til pasienten som er bred og åpen. Utfordrende atferd kan iblant være en normal reaksjon hos pasienter med demens og en måte de kan kommunisere på. Atferden kan for eksempel være en reaksjon på omgivelsene, skyldes udekkede behov, eller mangel på informasjon og usikkerhet rundt det som skal skje (Rokstad, 2020, s. 198). For å forstå pasientens atferd må sykepleier kunne se pasientens perspektiv ved hjelp av en empatisk tilnærming, som er et av trinnene for å etablere et mellommenneskelig forhold (Kristoffersen, 2017, s. 33). Slik kan sykepleiere vurdere situasjonen pasienten befinner seg i, for så å vurdere sin egen rolle knyttet til atferden pasienten viser. Ved å vurdere situasjonen på nytt kan sykepleier justere sin væremåte etter signaler pasienten gir, og man kan sammen finne frem til en løsning som gagnar alle parter (Rokstad, 2020, s. 199).

5.2.2 Beskytte pasienten

Sykepleiere kan erfare vandrende atferd som en utfordring der pasienter med alvorlig demens har tendenser til å vandre om natten, noe som kan føre til fare for fall og skader. Det ble derfor benyttet tvangstiltak i form av låste dører, belter, sengehester, medikamenter og overvåkning for å lettere ha oversikt over pasientene (Lejman et al., 2013).

Sett i lys av velgjørenhetsprinsippet og ikke-skade prinsippet vil et tvangstiltak hindre skade på pasienten, og vil sannsynligvis være til det bedre for personen med demens (Molven, 2019, s. 71). I tillegg vil konsekvensetikken, som legger vekt på en overvekt av gode konesvensker, trolig støtte opp tvangsbruken (Sneltvedt, 2016, s. 68-70). Dette fordi tvangstiltaket vil føre til gode konsekvenser for pasienten i form av å være ute av fare for fysisk skade, og personalet ved at de kan bruke tid på andre arbeidsoppgaver.

På en annen side kan man tolke tvangsbruken som et resultat av underbemanning og dårlig tid hos personalet. Bruk av tvangsmidler som sengehest, belter og overvåkning tillot personalet å forlate pasienten uten tilsyn, og kunne virke som en type sikkerhet for personalet (Lejman et al., 2013).

Funn fra studiene viste at sykepleiere opplevde at de måtte bruke tvang i form av å føre pasienten bort mot sin vilje for å beskytte personen med demens fra andre pasienter. Dette var situasjoner der for eksempel personen med demens begynte å kle av seg foran andre

eller viste upassende oppførsel. Sykepleierne visste at den demente aldri ville gjort dette før demenssykdommen og følte et ansvar for å beskytte og bevare pasientens verdighet (Edberg et al., 2008). Det står i de yrkesetiske retningslinjene at "Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket" (NSF, 2019).

Sykepleierne i studiene brukte fysisk tilbakeholdenhet for å hindre fall og skade, og for å bevare verdigheten til pasienten. Dette støttes opp av de yrkesetiske retningslinjene (NSF, 2019) og velgjørenhetsprinsippet som bygger på prinsippet om å hindre skade og fjerne smerte (Molven, 2019, s. 71). På en annen side vil fysisk tilbakeholdenhet påvirke pasientens rett til å være medbestemmende. De psykiske svekkelsene som følger med demenssykdommen kan påvirke evnen til å forstå informasjon som er relevant for valget. Dette kan redusere evnen til å foreta autonome valg, men menneskeverdet og integriteten til pasienten vil likevel være konstant. Dette kan bety at selv om pasientens evne til å ta autonome valg er svekket, har personen likevel rett til på få sine mentale og fysiske grenser respekter, og rett til å være medbestemmende i valg som påvirker deres egen hverdag (Brinchmann, 2016, s. 90).

5.3 Følelser hos sykepleiere

5.3.1 Sinne og skyld

I situasjoner med utfordrende atferd opplevde sykepleiere aggressiv atferd og vold mot egen person. Noen sykepleiere har erfart at de selv eller kollegaer har reagert med sinne, selv om de er klar over at dette ikke er en akseptabel følelse mot pasientene da en slik reaksjon kan påvirke profesjonaliteten og faglige vurderinger (Garden & Hauge, 2012). Dette er en menneskelig reaksjon, men sett i lys av de yrkesetiske retningslinjene bør sykepleier være bevisst sin profesjonelle rolle (NSF, 2019). Rettferdighetsprinsippet som ofte fremheves legger vekt på at like tilfeller skal bli behandlet likt, så lenge det som gjøres pleiemessig er nyttig. Under her vil sykepleier være forpliktet til å ikke la personlighetsstrekk påvirke sykepleien (Molven, 2019, s. 71).

Som tidligere nevnt gir pasient og brukerrettighetsloven § 4A (1999) juridisk tilgang til bruk av tvang, når dette ses på som nødvendig og tillitsskapende tiltak er utprøvd. Sykepleiere

beskriver at de likevel opplever skyldfølelse og utilstrekkelighet ved bruk av tvang, når dette ses på som siste utvei. Det at sykepleierne fikk en følelsesmessig byrde når det gjelder tvangsbruken, kan være fordi sykepleierne ser at det er galt med bruken av tvang, eller at de ser at pasientene ikke har det noe godt under tvangstiltaket. Selv om pasientens samtykkekompetanse har bortfalt, vil bruk av tvang være noe av de mest inngripende tiltakene en sykepleier kan gjøre mot pasienten (Ingstad, 2020, s. 164).

Sett fra et mellommenneskelig perspektiv vil demensomsorgen innebære et likeverdig forhold mellom pasient og sykepleier (Kristoffersen, 2017, s. 32). Likevel opplever sykepleiere at de må underkjenne egne følelser for å oppnå pasientens beste, og for å arbeide innenfor avdelingens rammer og ressurser (Garden & Hauge, 2012). Dette kan være fordi et likeverdig menneske-til-menneske-forhold i demensomsorgen kan i praksis være vanskelig å oppnå. Dette fordi forholdet mellom sykepleier og pasient iblant er preget av asymetri, der pasienten er ofte avhengig av sykepleiers erfaringer og kunnskap. Sykepleier vil derfor vanligvis har mer makt enn pasienten i den tildelte rollen som sykepleier (Sneltvedt, 2016, s. 153).

5.3.2 Pasientens beste

Felles i alle studiene ønsket sykepleierne å handle til det beste for pasienten, lindre lidelse og forbedre livskvalitet. Samlet sett ønsket sykepleierne å bidra til at pasienten skulle oppleve psykisk velvære, men opplevde maktesløshet og at det var utfordrende å forstå pasientens behov (Brodaty et al., 2003; Edberg et al., 2008; Garden & Hauge, 2012).

Tap eller tildekket er ord som ble brukt for å beskrive opplevelsen av personen med demens (Garden & Hauge, 2012), mens andre sykepleiere brukte orde engstelige, ensomme og sårbare (Brodaty et al., 2003).

Det kan iblant være vanskelig å vite hva som er det beste for pasienten. Hver pasient er et unikt individ med egen personlighet, opplevelser og verdier, på lik måte som hjelperen er et unikt individ med egen personlighet, opplevelser og verdier. Dette gjør at handlinger som oppleves riktige og gode for sykepleier, kan være feil for pasienten og motsatt (Solheim, 2015, s. 70). Uenigheter om hva som er det beste for pasienten kan også tolkes som at sykepleierne har ulike oppfatninger om personen med demens (Garden & Hauge, 2012).

Mangel på informasjon om pasienten gjorde det ekstra vanskelig å vite hva som var det beste for pasienten og forstå de psykologiske behovene til pasienten. De opplevde også skyldfølelse i situasjoner der de fikk informasjon om pasienten etter dødsfall, som kunne hatt en positiv innvirkning på sykepleien (Edberg et al., 2008).

Sett fra ett mellommenneskelig perspektiv vil personsentrert omsorg være sentralt her. Sykepleier kan da bruke pasientens atferd og reaksjoner for å sette seg inn i pasientens opplevelse av psykisk velvære. Reaksjonene i omsorgssituasjoner kan være nyttig informasjon for å forstå pasientens psykologiske behov på en bedre måte.

Ved å utføre sykepleietiltak tilpasset pasientens preferanser, respons og atferd, settes fokuset på et mellommenneskelig samspill, isteden for at fokuset er på enkelte sykepleieoppgaver som skal utføres (Garden & Hauge, 2012).

5.4 Alternative tillitsskapende metoder

5.4.1 Å forstå den eldre

En viktig forutsetning for å begrense bruken av tvang, kan være forebyggende tiltak som å skaffe informasjon om pasienten, behov og preferanser. Når sykepleier vet dette, blir det enklere å tilpasse behandling og egnede strategier i demensomsorgen.

En alternativ strategi som ble brukt i den ene studien (Saarnio et al., 2008) var å prøve å forstå den eldre. De opplevde at ved å bli kjent med pasienten og pasientens livshistorie, ble en relasjon etablert, og kvaliteten på pleien økte. Denne strategien var mest brukt av sykepleiere i alderen 41-50 år som hadde fast jobb på sykehjem. Dette resultatet kan forklares av lengre livserfaring og arbeidserfaring, noe som kan gjøre at interaksjoner mellom pasientene virker viktigere. En fast ansettelse kan gjøre at sykepleier får mulighet til å bli bedre kjent med pasienten og pasientens livshistorie, som igjen kan reflektere over på kvaliteten og mengde samhandling mellom sykepleier og pasient (Saarnio et al., 2008).

Det finnes derimot grenser på hvor godt man kan forstå et annet menneske og andres standpunkt. Spesielt vanskelig kan det være når personen i tillegg er desorientert, urolig, språkfattig, glemsk, og det kan være fristende å gi opp. Det er likevel viktig å prøve, da poenget ikke er å forstå personen med demens fullt ut, for i de fleste tilfeller vil ikke dette

gå, men å ha en innstilling som inkluderer den aldersdemente (Solheim, 2015, s. 42). Det er sykepleiers oppgave å etablere en relasjon til pasienten og bruke seg selv terapeutisk. Ved å se pasientens standpunkt kan man som sykepleier bruke seg selv i samhandling med pasienten, og på den måte prøve å fremme en ønsket endring (Kristoffersen, 2017, s. 34).

Et nødvendig krav i pasient-og brukerrettighetsloven (1999, § 4A-3) er at det skal være prøvd tiltak for å bygge tillitt før tvang blir benyttet. Å prøve å forstå den eldre kan tolkes som et forsøk på tillitsskapende tiltak, men det kan imidlertid diskuteres om forholdene ligger til rette for at det er mulig å gjennomføre.

Funnene avslørte at alternative strategier må ses i lys av ressurser sykehjemmet har. Forholdene "tilstrekkelige ressurser" og "tilstrekkelig pleiepersonell" kan igjen bli tatt opp som avgjørende for å kunne lykkes med alternative handlingsmetoder (Gjerberg et al., 2013). Et eksempel kan være at når en pasient motsier seg hjelp, bør det være et visst antall ansatte for å kunne overlate arbeidsoppgaven til annet personell. Videre trengs det erfaring om hvordan man kan unngå bruk av tvang når man hjelper denne pasienten. Fleksibilitet i organiseringen kan også være avgjørende, da det som regel vil bli forsinkelser med å ta vare på en pasient som motsier seg hjelp (Gjerberg et al., 2013).

5.4.2 Å være sammen med pleiepersonell

For å begrense bruken av tvang snakket sykepleierne om forebyggende strategier for å unngå vandring, fall, angst og aggresjon (Gjerberg et al., 2013; Lejman et al., 2013). Et av tiltakene de opplevde som positivt var å bruke tid med personen med demens. For å redusere følelsen av å være innelåst brukte pleiepersonellet tid med pasientene i form av aktiviteter som å gå tur, drikke kaffe og se på albumer. Det var de individuelle aktivitetene som baserte seg på pasientens preferanser som ga best resultat (Lejman et al., 2013). De fleste ansatte opplevde at denne metoden hadde en positiv verdi, også utenfor det fysiske aspektet. En slik pleie reduserte motstand og aggresjon, samt at det inspirerte til tillitt mellom pasient og sykepleier (Gjerberg et al., 2013).

Individuell miljøbehandling, som brukt i tilfellene over, viser seg å være positivt for personer med demens da det innebærer en tilrettelegging av omgivelsen til pasienten. Forhold som

virker inn på det daglige livet, som for eksempel ansatte, blir brukt på en gjennomtenkt måte for å fremme en ønsket forandring (Rokstad, 2020, s. 166). Slik individuell miljøbehandling som beskrevet i studiene (Gjerberg et al., 2013; Lejman et al., 2013) vektlegger identitetsbevarende tiltak, stimulering, kontakt og tilrettelegging for mestring. Hensikten er blant annet å dempe uro, skape glede og ikke minst tilhørighet. Ved god miljøbehandling kan det gi pasienten trygghet, struktur og støtte, som igjen kan være med på å forebygge uheldige situasjoner der tvang ville blitt brukt (Rokstad, 2020, s. 167-169).

Selv om funnene viser at sykepleierne var kreative med å finne individuelle miljøtiltak for å møte pasientens atferd, opplevde de likevel at det oppstod tilfeller der de ikke var i stand til å nå og forstå pasienten, og situasjonen endte med tvang (Garden & Hauge, 2012). En grunn til dette kan være at en demenssykdom vil påvirke personene evne til å involvere seg i en aktivitet. Personen med demens kan ha vanskeligheter med å få en oversikt over situasjonen før han handler, og aktiviteten til den demente kan derfor virke kaotisk og usammenhengende. Personer med demens har også, på lik linje som alle andre, behov for pause fra de daglige aktivitetene der ingen krav stilles og der lite påkaller oppmerksomheten. Slike faktorer kan også være avgjørende for at miljøbehandlingen skal gi resultater. Det kan derimot være vanskelig å tilrettelegge slike stunder for personer med demens når dem bor på et sykehjem, da det er mange mennesker, lyder og bevegelser som kan distrahere (Rokstad, 2020, s. 168).

En forutsetning for å få individuell miljøbehandling til å fungere, er at personalet har en positiv holdning til det. Funnene viste at god kompetanse og positive holdninger til personer med demens henger sammen (Saarnio et al., 2008). Med andre ord kan god kompetanse være en avgjørende ressurs. Andre viktige ressurser vil være tid og tilstrekkelig bemanning, i likhet med kapittel 5.5.1.

6 Oppsummering

I denne oppgaven har jeg ønsket å svare på problemstillingen: *“Hvilke erfaringer har sykepleier med bruk av tvang i demensomsorg på sykehjem?”*. Det er gjort flere studier som beskriver sykepleiers erfaringer knyttet til tvangsbruk i demensomsorgen på sykehjem. Gjennom arbeidet mitt med oppgaven har jeg sett at mye av tvangsbruken bunner i utfordringer i systemet i form av lite tid, kunnskapsmangel og utilstrekkelig bemanning. Økt kunnskap om demens hos sykepleiere og annet pleiepersonell, samt mer tid og bemanning er derfor viktig for å kunne forebygge bruken av tvang. Funnene viser at det også kan trenge økt kunnskap om lovverk blant sykepleiere for å lette kunne tolke og forholde seg lover og regler.

Flere av artiklene oppgav utfordrende atferd i form av aggressivitet og uforutsigbarhet, som en grunn til tvangsbruk. Slik atferd opplevdes vanskelig å håndtere og det ble sett på som mest riktig å bruke tvang for å verne både pasienten, andre pasienter og ansatte. På en annen side opplevde andre sykepleiere at en utfordrende atferd kunne være et resultat av tvangsbruken. Det ble også benyttet tvangstiltak ved en vandrende atferd, for å forhindre fall og skade på pasienten. Sykepleierne hadde en oppfatning om at konsekvensene av fall og skade var større enn konsekvensene av tvangsbruk.

Felles for de fleste artiklene er at sykepleierne brukte tvang i pleiesituasjoner for pasientens beste. Begrepet *“pasientens beste”* opplevdes vanskelig å definere, da det er ulike forståelser og meninger om hva dette innebærer. I mange av studiene var det usikkerhet knyttet til grenser mellom frivillighet og tvang, der grensene opplevdes som hårfine. Sykepleierne opplevde vanskeligheter med å forstå pasientens behov, og fikk en følelse av frustrasjon, sinne og maktesløshet. Det ble også beskrevet følelse av skyld når tvang ble benyttet da sykepleierne opplevde at de invaderte pasientens integritet og autonomi. For å forhindre tvangsbruk ble det benyttet alternative tillitskapende metoder i form av å prøve å forstå pasienten og tilbringe tid med personen med demens. Denne type individuell miljøbehandling viste seg å ha en positiv verdi, også utenfor det fysiske aspektet. En slik pleie reduserte motstand og aggresjon, samt at det inspirerte til tillitt mellom pasient og sykepleier.

Litteraturliste

- Brinchmann, B. S. (2016). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s. 81-96). Gyldendal akademisk.
- Brodsky, H., Draper, B. & Low, L.-F. (2003). Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: strain and satisfaction with work. *Journal of Advanced Nursing* 44(6), 583–590. <https://doi.org/10.1046/j.0309-2402.2003.02848.x>
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving* (5. Utg.). Gyldendal akademisk.
- Edberg, A.-K., Bird, M., Richards, D. A., Woods, R., Keeley, P & Davis – Quarrell, V. (2008). Strain in nursing care of people with dementia: Nurses' experience in Australia, Sweden and United Kingdom. *Aging & Mental Health*, 12(2), 236-243. <https://doi.org/10.1080/13607860701616374>
- Folkehelseinstituttet. (2018, 14. Mai). *Forventet levealder i Norge*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/befolkning/levealder/>
- Garden, M.-H. & Hauge, S. (2012). Kampen for pasientens beste — sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang over for personer med demens. *Vård i nord*, 32(4), 18-22. <https://doi.org/10.1177%2F010740831203200405>
- Gjerberg, E., Hem, M. H., Førde, R. & Pedersen, R. (2013). How to avoid and prevent coercion in nursing homes: a qualitative study. *Nurses ethics*, 20(6), 632–644. <https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.1177%2F0969733012473012>
- Helsebiblioteket. (2016, 3. Juni). *Sjekkliste*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>
- Helsedirektoratet. (2019, 29. November). *Demens*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64).

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hem, M. H., Gjerberg, E., Pedersen, R. & Førde, R. (2011). Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang. *Sykepleien.no - forskning*, 5(4), 294-301.

<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0007>

Ingstad, K. (2020). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid* (1. Utg.). Gyldendal akademisk.

Kirkevold, Ø. (2005). Bruk av tvang i sykehjem. *Tidsskriftet – den norske legeforening*, 125(10), 1346-1348.

Kristoffersen, N. J. (2017). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 15-64). Gyldendal akademisk AS.

Leenderst, T. A. (2014). *Person og profesjon – Om menneskesyn og livsverdier i offentlig omsorg* (3.utg.). Gyldendal akademisk.

Lejman, E., Westerbotn, M., Pöder, U. & Wadensten, B. (2013). The ethics of coercive treatment of people with dementia. *Nursing ethics*, 20(3), 248-262. <https://doi.org.ezproxy.vid.no/10.1177%2F0969733012463721>

Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (6. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

Norsk sykepleierforbund (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Pedersen, R., Hem, M. H., Gjerberg, E. & Førde, R. (2013). Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning. *Tidsskriftet - den norske legeforening*, 133 (18), 1935-1939.

<https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.0237>

Pellfolk, T, J. -E., Gustafson, Y., Bucht, G. & Karlsson, S. (2010). Effects of a Restraint Minimization Program on Staff Knowledge, Attitudes, and Practice: A Cluster Randomized Trial. *Journal of the american geriatrics society*, 58, 62-69. <https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.1111/j.1532-5415.2009.02629.x>

Rokstad, A. M. M. (2020). Hva er demens?. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (2. Utg., s. 23-48). Cappelen Damm Akademisk.

Rokstad, A. M. M. (2020). Personsentrert omsorg. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (2. Utg., s. 51-70). Cappelen Damm Akademisk.

Rokstad, A. M. M. (2020). Miljøbehandling. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (2. Utg., s. 166-192). Cappelen Damm Akademisk.

Rokstad, A. M. M. (2020). Utfordrende atferd. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (2. Utg., s. 196-217). Cappelen Damm Akademisk.

Saarnio, R., Isola, A. & Laukkala, H. (2008). The use of physical restraint in institutional care of older people in Finland: Nurses' individual, communal and alternative modes of action. *Journal of clinical nursing*, 18, 132-140. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02383.x>

- Smebye, K. L. (2020). Å møte personer med demens. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (2. Utg., s. 13-21). Cappelen Damm Akademisk.
- Smebye, K. L. & Johnsen, L. (2020). Selvbestemmelse og tvang. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (2. Utg., s. 234-264). Cappelen Damm Akademisk.
- Sneltvedt, T. (2016). Konsekvensetikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s. 67-78). Gyldendal akademisk.
- Sneltvedt, T. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s. 97-110). Gyldendal akademiske.
- Sneltvedt, T. (2016). Hva innebærer det å være en profesjonell sykepleier?. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s. 147-160). Gyldendal akademiske.
- Solheim, K. V. (2015). *Demensguiden, holdninger og handlinger i demensomsorgen* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter – den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- VID (2020). *Retningslinjer for akademisk oppgaveskriving på bachelor-, videreutdanning- og masternivå – APA 7*. VID Vitenskapelige høyskole.

Vedlegg

Vedlegg 1: PICO

P	Patient	Demente på sykehjem
I	Intervention	Sykepleiers rolle
C	Comparison	Ikke relevant
O	Outcome	Erfaringer knyttet til bruk av tvang

Vedlegg 2: Søkeordtabell

Spørsmål	Demente på sykehjem	Sykepleierens rolle	Tvang	Sykepleierens erfaringer
Synonym er loddrett	Dementia (care)	Sykepleiers rolle	Restraint, physical	Ethics
	Nursing homes	Nurses	Coercion	Interview
	Nursing care	Nurse – patient relations	Bruk av tvang /tvang	(Nurses) Experience
	Demens	Nursing staff	Patient rights	Attitudes

Vedlegg 3: Litteraturmatrise

Forfatter/År/ Land	Hensikt	Utvalg	Metode	Hovedresultat
Brody et al. (2003). Australia.	Å undersøke holdningene til sykepleierne til pasientene og det å	253 sykepleiere fra 12 ulike sykehjem. Ingen inklusjon eller eksklusjonskriterier.	Kvantitativ metode. Spørreskjema.	Deltakerens opplevelse av personer med demens og beskrivelse av situasjoner som er

	arbeide med demente.			vanskelige å takle uten bruk av tvang
Edberg et al. (2008). Australia, Sverige og Storbritannia.	Å utforske sykepleiers erfaring med bruk av tvang i demensomso rg.	35 sykepleiere i alder 20 – 62 år. Arbeidserfaring med personer med demens fra 3 – 26 år.	Kvalitativ metode. Fokusgruppe intervju, seks grupper.	Peker på miljøfaktorer som gjør at tvang blir brukt. Sykepleiers beskrivelse av situasjoner der tvang blir brukt og refleksjon rundt hvorfor.
Garden, M.-H. & Hauge. (2012). Norge.	Å få innsikt i sykepleiernes opplevelse av tvangsbruk.	Åtte sykepleiere. Arbeidet på sykehjem med personer med demens. Arbeidserfaring mellom 1-30 år.	Kvalitativ metode. Individuelle dybdeintervju.	Beskriver hvordan tvang påvirker dem som fagpersoner og hvordan de opplever å bruke tvang. Det beskrives også faktorer på system og individnivå som spiller inn på tvangsbruken.
Lejman et al. (2013). Sverige.	Å beskrive hvordan sykepleierne sørget for god pleie uten å bryte pasientens integritet.	Ti sykepleiere på ti forskjellige sykehjem. Alder 37-50 år. 1-29 års arbeidserfaring. Fire sykepleiere med videreutdanning innen geriatri.	Kvalitativ metode. Individuelle intervju.	Identifiserer hendelser innenfor tvangsbruk og sykepleiers beskrivelse av dette. Beskriver også tre strategier knyttet til bruk av tvang. Det kommer frem flere faktorer på system

				og individnivå som spiller inn.
Pellfolk et al. (2010). Sverige.	Å evaluere effekten av ett utdanningsprogram på kunnskap og holdninger til sykepleierne.	184 sykepleiere i intervensjonsgruppen og 162 sykepleiere i kontrollgruppen. Frafall med 25 sykepleiere i intervensjonsgruppen og med 29 sykepleiere i kontrollgruppen etter seks måneder.	Kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode. Spørreskjema og individuell skriftlig prøve etter endt utdanningsprogram.	Deltakerens holdninger og kunnskaper om bruk av tvang i intervensjonsgruppen endret seg etter et utdanningsløp på seks måneder.
Saarnio et al. (2008). Finland	Å kartlegge sykepleiers alternative handlingsmetoder ved bruk av tvang.	1148 sykepleiere fra 70 ulike sykehjem. Aldersspenn fra 20-65 år. I gjennomsnitt 14 år arbeidserfaring.	Kvantitativ metode. Spørreskjema.	De eldre sykepleierne og de med lengst arbeidserfaring var de som brukte mest alternative tillitsskapende metoder for å forebygge bruk av tvang. Etterutdannelse spilte en stor rolle. Beskriver noen alternative handlingsmåter.

Vedlegg 4: Sjekkliste for kvalitative studier

For hvert av underspørsmålene skal man krysse av for "ja", "nei" eller "uklart" / "delvis".

Spørsmål fra sjekkliste:	Edberg et al. (2008)	Garden & Hauge, (2012)	Lejman et al. (2013)	Pellfolk et al. (2010)
1. Er formål med studien klart formulert?	Ja	Ja	Ja	Ja
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Ja	Ja	Ja	Ja
3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	Ja	Ja	Ja	Ja
4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Ja	Ja	Ja	Ja
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Ja	Ja	Ja	Ja
6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Ja	Uklart	Ja	Nei
7. Er etiske forhold vurdert?	Uklart	Ja	Ja	Uklart
8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	Ja	Ja	Ja	Ja

9. Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?	Ja	Ja	Ja	Ja
10. Er funnene klart presentert?	Ja	Ja	Ja	Ja
11. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	Nyttig	Nyttig	Nyttig	Nyttig

Vedlegg 5: Sjekkliste for kvantitative studier

For hvert av underspørsmålene skal man krysse av for "ja", "nei" eller "uklart" / "delvis".

Spørsmål fra sjekkliste:	Brodaty et al. (2003)	Pellfolk et al. (2010)	Saarnio et al. (2008)
Er problemstillingen i studien klart formulert?	Ja	Ja	Ja
2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet	Delvis	Delvis	Delvis
3. Er befolkningen (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert?	Ja	Ja	Ja
4. Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?	Ja	Ja	Ja
5. Er det gjort rede for om respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert?	Ja	Ja	Nei
6. Er svarprosenten høy nok?	Ja	Ja	Ja

7. Bruker studien målemetoder som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?	Ja	Ja	Ja
8. Er datainnsamlingen standardisert?	Ja	Ja	Ja
9. Er dataanalysen standardisert?	Ja	Ja	Ja
10. Kan resultatene skyldes tilfeldigheter?	Nei	Nei	Nei
11. Kan resultatene overføres til praksis?	Ja	Ja	Ja
12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?	Ja	Delvis	Ja