



Høgskulen
på Vestlandet

Nynorsk

Eksamensinnlevering

Emnekode: SYKSB3001

Emnenamn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgåve).

Eksamensdel: 1

Leveringsfrist: 27.04.2017 kl. 14:00

Kandidatnummer: 347

Rettleiar sitt namn: Christine Øye

Meir personsentrert omsorg – mindre tvang til personar som lever med demens i sjukeheim



Henta 20.04.2017 frå: <http://ernaeringsportalen.no/2014/demens-maltid-og-atmosfaere/>

Bachelor utdanning i sjukepleie
Høgskulen på Vestlandet, campus Stord
Våren 2017
Kull 2014

Antall ord: 8856

Forord

*Hva ser du, søster, i din stue?
En gammel, sur og besværlig frue,
skjelven på hånden og fjern i blikket,
litt skitt og litt rot der hun har sittet.
Du snakker høyt, men hun hører deg ikke,
hun sikler og hoster, har snue og hikke.
Hun takker deg ikke for alt det du gjør,
men klager og syter, er i dårlig humør.*

*Er det hva du tenker? Er det hva du ser?
Åpne dine øyne og se – det er mer.
Nå skal jeg fortelle deg hvem hun er,
den gamle damen som ligger her.*

*En pike på 10 i et lykkelig hjem,
med foreldre og søsken – jeg elsker dem!*

*En jente på 16 med et hjerte som banker
av håp og drømmer og romantiske tanker.*

*En brud på 20 med blussende kinn,
i mitt hjem eget går jeg lykkelig inn*

*En mor med små barn som bygger et hjem,
mot alt som er vondt, vil hun verne dem.
Og barna vokser med gråt og med latter,
så blir de store, og så er vi atter
to voksne som nyter freden,
som trøster hverandre og deler gleden
når vi blir femti og barnebarn kommer,
som bringer uro og latter hver eneste sommer.*

*Hva ser du, søster? En tung, trett og senil gammel skrott?
– Nei, prøv en gang til, se bedre etter. Se om du kan finne
et barn, en brud, en mor – en kvinne!
Se meg som sitter der, innerst inne!
Det er MEG du må prøve å se – og finne!*

(ndla, 2013).

Samandrag

Bakgrunn: I dag lev omlag 71000 personar med demens. Omlag 19% av personar med demens i sjukeheimar opplever tvang i løpet av ei veke. Ut i frå mine erfaringar i praksis får eg inntrykk av at det finnes mørketall på dette området.

Problemstilling: Korleis kan ein sjukepleiar ved hjelp av personsentrert omsorg redusere bruken av tvang til personar med demens på sjukeheim?

Hensikt: Hensikta med oppgåva er å auke kunnskapen kring personar med demens, juridiske rammer, tillitsskapande tiltak og etiske-prinsipp knytt til problematikken i bruk av tvang blant personar med demens. Eg ynskjer ei djupare forståing innan faktorar som kan bidra til tvang blant personar med demens, samt korleis eg kan nytta eit humanistisk syn som personsentrert omsorg til å redusere bruken av tvang.

Metode: Oppgåva bygger på litteraturstudie. Eg har nytta databasar som CINAHL og ProQuest. For å finne relevante forskingsartiklar har eg nytta søkeord som dementia, coercion, nursing home, power, ethics, nurs*, restraint, aggression, dignity, patient, behavior problems, dementia care og qualitative.

Resultat: Funn i artiklane tyder på at organiseringa av sjukeheimane spelar ei sentral rolle i bruken av tvang, her under tilstrekkeleg bemanning. Andre faktorar som bidrar til tvang er lite kunnskap kring personar med demens, ulike tolkingar av juridiske rammer, lite kunnskap om personen med demens, sjukepleiarens syn på personen med demens og evna til å reflektere etisk. Funn i artiklane legg vekt på eit spekter av alternative strategiar som blir forsøkt før ein tyr til tvang, deriblant distraksjon, eliminere alternativ, fleksibilitet og ein-til-ein pleie. I samsvar med personsentrert omsorg og etablering av eit menneske-til-menneske forhold vil mogleiken til å redusere bruken av tvang forbetrast.

Summary

Background: Today approximately 71000 people live with dementia. About 19% of people with dementia in nursing homes experience restraints within a week. I believe there are dark numbers in this area.

Research question: How can nurses, with focus on person-centred care contribute to reduce the use of restraints in nursing homes?

Aim: The purpose of this thesis is to increase my knowledge about people with dementia, legal framework and ethical principle surrounding the use of restraints towards people with dementia. And at the same time use a humanistic view on the subject person-centred care.

Method: The thesis is based on literature studies. I have used databases like CINAHL and ProQuest. To find relevant research articles I used keywords like dementia, nursing homes, power, ethics, nurs*, restraint, aggression, dignity, patient, behaviour problems, dementia care and qualitative.

Findings/conclusion: The articles suggest that organization of nursing homes play a central role in the use of restraints, among others understaffing. Other factors that contributes to the use of restraints was little knowledge about dementia, different interpretations of legal framework, little knowledge about the person with dementia, the nurses view of the person with dementia and their ability to reflect ethically. The articles emphasize a range of alternative strategies before they used restraints. This includes distraction, eliminating options, flexibility and one-to-one care. In accordance with person-centred care and the establishment of a human-to-human relationship, the likelihood of reducing the use of restraints will be improved.

Innholdsfortegnelse

1.0.	Innleiing.....	1
1.1.	Bakgrunn for val av tema	1
1.2.	Hensikta med oppgåva.....	2
1.3.	Problemformulering.....	2
1.4.	Avgrensing og grunngjeving av problemstilling	2
1.5.	Omgrepsavklaring	2
2.0.	Teori	4
2.1.	Sjuepleie til personar med demens	4
2.2.	Demens	4
2.3.	Sjuepleieteoretisk perspektiv (Joyce Travelbee).....	6
2.4.	Personsentrert omsorg	7
2.4.1.	Kommunikasjon i lys av personsentrert omsorg.....	8
2.5.	Bruk av tvang.....	8
3.0.	Metode.....	10
3.1.	Litteraturstudie som metode	10
3.2.	Søkestrategiar for artikkelfunn	11
3.3.	Forskingsetikk.....	13
3.4.	Kjeldekritikk.....	13
3.5.	Metodekritikk.....	14
4.0.	Resultat.....	15
4.1.	Samandrag av artikkel 1.....	15
4.2.	Samandrag av artikkel 2.....	16
4.3.	Samandrag av artikkel 3.....	16
4.4.	Samandrag av artikkel 4.....	17
4.5.	Oppsummering av hovudfunna.....	18
5.0.	Drøfting	19
5.1.	Kva er tvang?	19
5.2.	Kva faktorar påverk bruken av tvang?	20
5.3.	Tillitsskapande tiltak.....	22
5.4.	Sjuepleiarens etiske prinsipp	24
6.0.	Avslutning/konklusjon	26
	Referanseliste.....	27
	Vedlegg.....	30

1.0. Innleiing

1.1. Bakgrunn for val av tema

Gjennom mi sjukepleiarutdanninga har eg vert i kontakt med personar med demens i fleire praksisperiodar, både i heimesjukepleie, sjukeheim og sjukehus. Eg har også erfaring med personar med demens frå privatlivet, der fleire av besteforeldra mine har lidd av demens. Gjennom praksis har eg sjølv vert med på å utøve tvang i forhold til pasientar med demens, der vedtak om tvang er grunna personleg hygiene. Eg har observert sjukepleiarar som utøver tvang på pasientar som lider av demens, der bruken av tvang kunne vert unngått.

Ut i frå eit humanistisk perspektiv står omgrepet ”sjølv” sentralt, dette er forståinga av personens subjektive oppfatning av seg sjølv (Renolen, 2015, s. 140). Personar med demens opplev kvardagen svært ulikt, mange beskriv livet med demens som ei påkjenning som medfører usikkerhet og angst. Samtidig beskriv fleire ei forvirring og frykt for vidare forverring (Rokstad, 2014, s. 11).

Ut frå erfaring kan ein oppleve at personar med demens kan opptre aggressivt i ulike situasjonar, samt motsette seg når ein tilbyr hjelp, dette er nokon av faktorane som bidrar til at ein nyttar tvang. Dersom vilkåra for bruk av tvang blir oppfylt i forhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 4 A (2009) kan vedtaket bli reelt, og pasienten vil ha eit tvangsvedtak som tilseier at ein kan utføre eit tvangstiltak som til dømes personleg hygiene, til å stå opp av senga og til å ete sjølv om pasienten motsetter seg. Dette krev at ein på førehand har forsøkt med tillitskapande tiltak (Nortvedt, 2012, s. 164).

Eg har valt å ha fokus på bruken av tvang i demensomsorg på bakgrunn av mine egne erfaringar frå praksis og erfaringar frå privatlivet, både gode og vonde. Ved utøving av tvang føler eg meg som ein overgripar som markant kryssar pasientens intimgrenser og retten til privatliv, til tross for at eg har den norske loven i ryggen. Eg opplev at pasientar med demens blir meir aggressive og utagerande og opplev det heile som eit overgrep der dei ikkje har ei stemme som blir lytta til. Etter mi meining kan bruken av tvang i mange tilfelle grenser til uverdigg behandling og i mange tilfelle kunne bruken av tvang vert unngått. Bruk av tvang blant pasientar med demens i institusjon påverkar mange, det påverkar den som utøver tvangen, den som mottar tvangen, men også dei pårørande som har sine kjære i institusjon.

1.2. Hensikta med oppgåva

Hensikta min med denne oppgåva er å belyse eit viktig tema som personsentrert omsorg i forbindelse med bruken av tvang i demensomsorga. Dette vil eg gjera ved å ha fokus på det humanistiske perspektivet innan sjukepleie, med fokus korleis tvang påverkar dei involverte partane. Eg vil utforske korleis redusert bruk av tvang kan ha betydning for verdigheta til pasientar med demens, både styrker og svakheter. Samtidig vil eg lære meir om temaet slik at eg kan vidareformidle dette i vidare praksis og seinare i arbeidslivet.

1.3. Problemformulering

Korleis kan ein sjukepleiar ved hjelp av personsentrert omsorg redusere bruken av tvang til personar med demens på sjukeheim?

1.4. Avgrensing og grunngjeving av problemstilling

Eg har valt å avgrense denne oppgåva til personar med demens i institusjon, der eg har fokus på dei som bur på sjukeheim. Dette gjeld både menn og kvinner i alle aldrar som lider av langkommen demens i den grad at dei treng kontinuerlig pleie. Eg har valt å avgrense oppgåva til personar med demens som blir utsatt for tvang av ulike grunner. Med bruk av tvang i denne oppgåva legg eg vekt på situasjonar der det førekommer formell tvang med fokus på den meir fysiske tvangen, og situasjonar der det førekommer uformell tvang med fokus på "lirking og luring" for å unngå den fysiske tvangen. Dette vil eg belyse ved hjelp av fire etiske prinsipp som velgjørenhet-prinsippet, ikkje skade-prinsippet, respekt for autonomi-prinsippet og refferdighets-prinsippet som står sentralt i sjukepleie til personar med demens. Gjennom oppgåva vil eg drøfte omgrep som personsentrert omsorg, tillitsskapande tiltak som vert omtalt i kapittel 4A i pasientrettighetslova (2009), faktorar som kan påverke bruken av tvang slik som til dømes APSD. Eg vil også stille spørsmål ved måten ein nytta kommunikasjon i praksis til personar med demens, samt korleis dette kan påverke bruken av tvang til personar med demens i sjukeheimar.

1.5. Omgrepsavklaring

Demens

Omgrepet demens kjem frå latin og tyder "utan sinn" (Eide, Ingeberg & Tallaksen, 2006, s. 148). Demens er eit klinisk sjukdomsbilete med gradvis forverring av kognitiv og praktisk svikt, med ei aukning av nevropsykiatriske symptom (Rokstad, 2014, s. 10).

Persontrentert omsorg

NSF (2011) definerer persontrentert omsorg som ein sjukepleiefunksjon der ein skal ta utgangspunkt i kvar enkelt pasients opplevingar, verdiar, ynskjer og behov, samt ivareta pasientens integritet og verdighet (Sitert i Kirkevold, 2014, s. 106). Eg har valt og bygge på McCormack og McCance sin teoretiske tenking kring persontrentert omsorg, der personen i seg sjølv er av interesse (McCormack og McCance, 2010, s. 5).

Tvang

Tvang kan definerast som å sette grense for ein persons fridom eller bevegelsesfridom (Testad et al., 2015).

2.0. Teori

2.1. Sjukepleie til personar med demens

Innan sjukepleiaryrket finn ein mange etiske prinsipp som ein til dagleg støtter på og opptre etter. Nortvedt (2012) nemner fire etiske prinsipp som den amerikanske filosofen Tom Beauchamp og psykiateren James Childress omtalte som dei viktigaste etiske prinsippa innan sjukepleie. Dei skriv om velgjørenhet-prinsippet, ikkje skade-prinsippet, respekt for autonomi-prinsippet og rettferdighets-prinsippet (Nortvedt, 2012, s. 95). Ved hjelp av desse prinsippa kan ein belyse fleire problemformuleringar knytt til utøving av tvang blant personar med demens.

Innan sjukepleie til personar med demens finn ein fleire hovudpunkt ein må ta stilling til. Skovdahl og Berentsen (2014) har utforma åtte hovudpunkt innan sjukepleie til personar med demens, der personsentrert omsorg er verdigrunnlaget for all sjukepleie som inkluderer personar med demens. Dei påpeiker at demens er ein varig progredierande sjukdom med fleire tilleggssymptom, der tidleg tverrfagleg utreiing står sentralt som sjukepleiarens funksjon. Vidare er tilrettelegging av sjukepleie, miljø og aktivitetar den viktigaste behandlinga ein kan utøve til personar med demens. Denne behandlinga må vere tilrettelagt den enkelte personen ut i frå personlegdommen og nivå av mestring. Pårørande har ei sentral rolle i behandlinga der det krev støtte og oppmuntring. Her er det viktig at ein på førehand avklarar med pårørande kor mykje dei vil vere involverte. Hovudsakleg skal all helsefremmande aktivitet ha som formål å auke opplevinga av mestring og bidra til å behalde personens verdigheit. For å sikre at ein gir god sjukepleie til kvar og ein er det grunnleggande at ein har dei nødvendige fagkunnskapane, klarar å reflektere etisk kring personar med demens og problemformuleringane som kan oppstå i slikt arbeid (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 434).

2.2. Demens

Det er i dag omlag 71000 personar i Noreg som er ramma av demens, i tillegg går ein ut frå at det fins omlag 25000-30000 eldre personar med hukommelses vanskar som sannsynlegvis kan skyldas ein mild kognitiv svikt som etterkvart kan lede til ein demenstilstand. Risikoen for demens aukar etterkvart som alderen aukar, førekomsten av demens i aldersgruppa 65-69 år er 0,9%, i aldersgruppa 80-84 ser ein ei klar auking til 17,6%, samt risikoen i 90 års alderen og oppover aukar til 40% (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 421).

Demens er eit klinisk symptombilete som karakteriserast ved ein gradvis forverring av kognitiv svikt, dette inkluderer redusert hukommelse, orienteringsevne, språk, evne til å løyse problem samt abstraksjonsevne. Demens blir også karakterisert som gradvis forverring av praktisk svikt som inneberer aukande problem med å løyse daglegdagse utfordringar. Demens aukar også førekomsten av nevropsykiatriske symptom som inkluderer depresjon, angst, psykotiske symptom som vrangførestillingar og hallusinasjonar samt åtferdsforandringar som agitasjon og apati (Rokstad, 2014, s.10-11). Demens er eit felles omgrep på sjukdommar som påverkar hjernen og som fører til kognitiv svikt, der dei vanlegaste sjukdomstilstandane er Alzheimers sjukdoms, vaskulær demens, demens med Lewy-legemer, demens ved Parkinsons sjukdom, frontotemporal demens og demens som følger av langvarig og høgt inntak av alkohol. Desse sjukdomstilstandane utgjer omlag 95% av alle demenssjukdommar (Rokstad, 2014, s. 10-11).

Ein demenstilstand gir symptom ut frå kva del av hjernen som er ramma, dei kognitive, psykiske, åtferdsmessige og motoriske symptoma bidrar til å danna eit bilete av kva deler av hjernen som er skadd (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 416). Åtferdsforstyringar og psykiske symptom ved demens (APSD) omhandlar dei ikkje-kognitive symptoma som depresjon, apati, agitasjon, aggresjon, angst, hallusinasjonar og vrangføresetnader. Ein ser at førekomsten av APSD aukar, Selbæk (2008) viser i sin studie at heile 70% av alle bebuarar i norske sjukeheimar har APSD. Dette er symptom som er vanlege blant alle typar demens (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 416). APSD tar for seg blant anna åtferdsproblematikk.

Åtferdsproblematikk kan henge i saman med sjølvne hjerneskadene men også andre faktorar kan spele ei rolle i åtferda til personen med demens. Det kan blant anna komme av at personen har ein redusert evne til å uttrykke seg eller forstå det som blir kommunisert, eller det kan være ein respons på omgivnadane som kan opplevast som kaotiske eller stressande for pasienten. Denne type åtferd kan også være ein måte for pasienten å uttrykke fysisk eller kjenslemessig smerte, eller ein adekvat reaksjon på ein inadekvat handling frå pleiepersonellet side, der personen med demens føler seg trua, krenka eller tvungen til noko som strider i mot personens ynskje (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 424). I slike situasjonar kan ein oppleve at personen blir utaggerande og motseier seg den pleia du vil gi som ein motreaksjon. I bakgrunnen for studien til Øye, Jacobsen og Mekki (2017) tar dei opp faktorar som agitasjon, aggressiv åtferd, vandring og uro som faktorar som ein ser kan føre til bruk av tvang. Tryggleik, trivsel, kontroll og begrenset stimuli blir då viktige faktorar i

demensomsorga dersom personen viser symptom på angst og aggresjon, på denne måten kan ein hjelpe han til å oppleve meining og samanheng i situasjonen (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 424-425).

2.3. Sjukepleieteoretisk perspektiv (Joyce Travelbee)

Eg har valt å belyse mi problemstilling ved hjelp av Joyce Travelbee's sjukepleiarteoretiske perspektiv. Ho har gjennom sin praksis danna ein sjukepleiarteori med fokus på menneske-til-menneske-forhold, der ho tar for seg den mellommenneskelege prosessen som ho brukar for å belyse sitt teoretiske perspektiv. Dette kan ein vidare knytte opp mot Brendan McCormack og Tanya McCance sin teori om personsentrert omsorg, som eg vil ta for meg under punkt "2.4. personsentrert omsorg".

Joyce Travelbee definerer sjukepleie som ein mellommenneskeleg prosess der ein som sjukepleiar hjelper ein person, ein familie eller eit samfunn med å førebygge eller mestre erfaringar kring sjukdom og lidning, samt å finne ei meining i pasientens erfaringar (Kristoffersen, 2011, s. 216).

Joyce Travelbee har valt og ta avstand frå generaliserte oppfatningar som tileigna roller slik som til dømes pasient og sjukepleiar. Etter hennar meining bidrar dette til at det enkelt menneskets personlege og spesielle trekk og kjenneteikn blir utsletta og dekket over. Vidare meina Travelbee at sjukepleiarens mål og hensikt kunn kan realiserast dersom pasienten og sjukepleiaren klarar og overkomme skilnadane som rollene setter. På denne måten kan dei etablere eit verkeleg menneske-til-menneske-forhold der dei verkeleg *ser* kvarandre og stiller seg til kvarande som unike individ (Kristoffersen, 2011, s. 219). Ved å etablere eit menneske-til-menneske-forhold omtalar Travelbee kommunikasjon som eit av dei viktigaste hjelpemidla. I møte med menneske er kommunikasjon eit nøkkelord, me nyttar kommunikasjon både medveten og umedveten, samt verbalt og non-verbalt. Ved hjelp av kommunikasjon skapar me ein relasjon til den me kommuniserer med. I denne samanhengen er det viktig at me klarer og skilje kva som er våre behov og kva som er pasientens behov, og ikkje overfører våre eigne behov over på pasienten. Gjennom kommunikasjon skapar me ein relasjon som gjer oss i stand til å bli kjent med pasienten, slik at me vidare kan identifisere hans behov, for vidare og kunne planlegge og utføre sjukepleie i høve til dei behova og forventningane pasienten har (Kristoffersen, 2011, s. 221). Vidare presiserer ho at det ikkje er eit fasitsvar som automatisk gir eit godt kontaktforhold, men ved hjelp av hennar teknikkar

for kommunikasjon kan ein kontinuerlig utvikle ferdigheter innan kommunikasjon med pasientar (Kristoffersen, 2011, s. 222).

2.4. Personsentrert omsorg

I følge Brendan McCormack og Tanya McCance er personsentrert omsorg omtalt og forsøkt definert på mange måtar, nokre fagmiljø omtalar det som tiltakspakkar eller metodar for demensarbeid. Mange vel å omtale personsentrert omsorg som pasientsentrert, klientsentrert eller individualisert omsorg, medan McCormack og McCance har valt og ta avstand frå slike tileigna roller sidan det er personen i seg sjølv som er avgjerande i deira tenking (McCormack og McCance, 2010, s. 26). Dei påpeiker at det er personen i seg sjølv som er av interesse og som person skapar kvar og ein sin eigen levemåte. Våre moralske verdiar, politiske synspunkt, åndeleg truskar, kjensler og relasjonar blir forma etter våre grunnleggande eigenskapar som person (McCormack og McCance, 2010, s. 5). McCormack og McCance nemner i sin bok om personsentrert omsorg Tom Kitwood (1997) sin definisjon på personsentrert omsorg. Kitwood beskriv personsentrert omsorg som ein status som vært gitt eit menneske av andre, ut i frå relasjonar og sosialsamvær, der anerkjenning, respekt og tillit er grunnleggande verdiar (McCormack og McCance, 2010, s. 26).

McCormack og McCance legg vekt på ein filosofisk innfallsvinkel for å forstå omgrepet personsentrert omsorg, der omsorg blir rekna som ein mellommenneskeleg interaksjon, der sensitivitet ovanfor andre er eit av kjenneteikna (McCormack og McCance, 2010, s. 23). McCormack argumenterer for fire sentrale konsept som må ligge til grunne for personsentrert omsorg. Han beskriv å være i relasjon, dette kan handle om relasjon mellom til dømes personen med demens i relasjon til sjukepleiarar (McCormack og McCance, 2010, s. 27). Vidare legg han vekt på personar som sosiale vesen, med fokus på deira verdiar og forståing av omverda, samt respekt for den eldre personens refleksjonar kring personlege verdiar (McCormack og McCance, 2010, s. 28). Det tredje konseptet handlar om å være til stede og ta omsyn til pasientens ståsted i forhold til tidlegare erfaring og vidare planlegging av behandling, der tilnærma omsorg står sentralt (McCormack og McCance, 2010, s. 29). Siste konseptet handlar om respekt for verdiar. I denne samanheng vil det bli opp til sjukepleiaren å skape eit bilete av personens verdiar i livet, samt kva kjensle dei opplev i forbindelse med sin situasjon. Dette kan ein vidare bidra til å skapa ein livsplan, der ein har fokus på å finne

meinig i omsorga som vidare kan hjelpe personen å handtere sin situasjon her og no samt i framtida (McCormack & McCance, 2010, s. 30-31).

2.4.1. Kommunikasjon i lys av personsentrert omsorg

Kommunikasjon er nøkkel til å skape gode relasjonar (Rokstad, 2014, s. 38). Kommunikasjon har mange hensikter. Det kan handle om alt frå å formidle ein beskjed eller eit budskap til og forstå andres kjensler og å løyse problem. Mange personar som lider av demens opplev det som vanskeleg å formidle ynskjer, opplevingar, behov og erfaringar. Kommunikasjon bidrar til å skape kvalitet i våre relasjonar samt i livet vårt. Personar som opplev vanskar med kommunikasjon kan reagere med frustrasjon og uro som kan opplevast lammande og strevsamd (Rokstad, 2014, s. 39).

Når ein kommuniserer med personar med demens er det mykje ein må ta stilling til som kan hjelpe personen å forstå budskapet ein prøver å formidle. Dei orda me brukar i kommunikasjon med personar med demens bør være enkle og direkte og gi minst mogleg rom for misforståingar. Andre viktige faktorar er den non-verbale kommunikasjonen vår som kroppsspråket, positur, ansiktsuttrykk, stemmeleie, augekontakt og gester. Til dømes kan eit smil betyr mykje for mottakaren, dette kan bidra til å oppretthalde kontakten, samt kan det påverke mottakaren til å bli meir avslappa og roleg. Dersom ein er usikker på om budskapet når fram kan ein sjå på den non-verbale kommunikasjonen til mottakaren. Dersom ein ser at personen med demens flakkar med blikket, verkar forvirra eller rastlaus kan dette være teikn på at budskapet ikkje har nådd fram (Rokstad, 2014, s. 41).

2.5. Bruk av tvang

Pasientrettighetslova kapittel 4A-3 (2009) stiller krav til kva som må være oppfylt før ein kan nytte tvang ovanfor pasientar. Det står blant anna at før det kan ytes helsehjelp som pasienten motseier seg må ein på førehand ha forsøkt tillitsskapande tiltak, med mindre det er heilt openlyst unyttig for situasjonen. Dersom pasienten fortsetter å motseie seg etter at tillitsskapande tiltak er forsøkt kan det bli oppretta vedtak dersom konsekvensane av å motseie seg kan føre til ein vesentleg helseskade for pasienten, eller dersom helsehjelpa er høgst nødvendig, samt at tiltaka samsvarer med pasientens behov for helsehjelp. Ut i frå dette vil det bli tatt ei heilsleg vurdering, der ein også legg vekt på motstanden pasienten uttrykker (Nortvedt, 2012, s. 164).

I forskingsartikkelen til Øye, Jacobsen og Mekki (2017) skriv dei at tvang blir definert på fleire forskjellige måtar, blant annan som avgrensa fridom, invadering av privatliv eller som makt eller press i behandling eller innan pleie. Det blir nytta ulike former for tvang innan helse, blant annan den fysiske tvangen som hindrar bevegelsesfridom. Men også overvaking, overtaling, press, isolering til dømes personar som bur på skjerma avdelingar der det er låste dører og personen blir fysiske tilbakehaldt i miljøet, innan medisinske undersøkingar og behandling der medisin til dømes blir gøymd i maten (Øye, Jacobsen og Mekki, 2017).

Ved bruk av tvang i somatiske lidingar er det satt særskilte rammer (Nordtvedt, 2012, s. 118). Ein av hovudreglane ved somatiske undersøkingar, behandling, pleie og omsorg er at det skal skje frivillig. Dersom det blir utøvd tvang på slike pasientar skal ein ha særskilt hjemmel, noko som det er få av i dag (Nordtvedt, 2012, s. 122).

3.0. Metode

Metode er eit reiskap ein nyttar når ein vil undersøke noko (Dalland, 2012, s. 112). Metode er ein systematisk framgangsmåte for å samla inn informasjon og kunnskap for å belyse ei problemformulering. For å avgjer kva metode som er hensiktsmessig for din studie vil problemformulleringa ver avgjerande (Thidemann, 2015, s. 76). Innan sjukepleieforskning beskriv metode vegen ein må gå for å komme fram til relevant og påliteleg informasjon om det ein ynskjer å undersøke, korleis informasjonen kan analyserast, kva resultata viser og konsekvensane av forskinga (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 18).

3.1. Litteraturstudie som metode

For å løyse denne oppgåva har eg nytta litteraturstudie som metode, dette er eit krav som stilles til bacheloroppgåva i samsvar med HVL sine retningslinjer for bachelorskriving. Eit litteraturstudie byggjer på forskning som allereie eksisterer på området, der ein føretar systematiske litteraturstudiar som byggjer på primærkjelder frå til dømes publiserte vitenskaplege artiklar eller rapportar (Christoffersen et. al., 2015, s. 62). Litteraturstudie som metode må innehalde ei problemformullering og eit formål, søk, gjennomgang, analyse og drøfting av materialet samt ein rapport (Christoffersen et. al., 2015, s. 63). Når ein skal samle inn data til ein litteraturstudie kan ein nytta både kvalitativ metode og/eller kvantitativ metode (Christoffersen et. al., 2015, s. 18). Dei fire artiklane eg har valt har alle nytta ein kvalitativ forskingsmetode.

I motsetting til kvantitativ forskingsmetode tar kvalitativ forskingsmetode for seg blant annan meiningar og opplevingar, der den kvantitative forskingsmetoden kunn lar seg talfeste og måle. Det dei derimot har til felles er at begge metodane på kvar sin måte gir oss ei betre forståing av samfunnet, enkeltmenneske, grupper og institusjonar samt korleis dei handlar og samhandlar (Dalland, 2012, s. 112). Den kvalitative metoden bidrar til følsemd, djupne, det særegne, fleksibilitet, nærleik til feltet, heilheit, forståing, deltakarar og det bidrar til eit eg-du-forhold (Dalland, 2012, s. 113). Eg har valt forskingsartiklar som nyttar ein kvalitativ metode for å kunne få ei betre forståing kring personar med demens og kva som påverkar bruken av tvang blant denne pasientgruppa. Derfor vurderte eg kvalitativ forskingsmetode som best eigna ettersom eg har valt å ha eit humanistisk preg over oppgåva. Den kvalitative metoden gir mogleik til å forstå problemformuleringa frå ulike perspektiv, der eg har valt

artiklar som har både sjukepleieperspektiv, etiskperspektiv som samtidig er pasientsentrert, men utan pasientens deltaking.

3.2. Søkestrategiar for artikkelfunn

Eg har nytta høgskulens helsefaglege databasar for å finne fram til relevant litteratur som samsvarer med problemformuleringa mi. Eg har i hovudsak nytta databasar som CINAHL og ProQuest ettersom det var desse databasane som gav flest treff kring mine søkeord, samtidig som eg har hatt god erfaring med desse databasane tidlegare i studie. Vidare har eg tatt utgangspunkt i problemformuleringa for å komme fram til søkeord. Ut frå dette kom eg fram til søkeord som "dementia", "coercion", "nursing home", "power", "ethics", "nurs*", "restraint", "aggression", "dignity", "qualitative", "patient", "behavior problems" og "dementia care". Først vart det gjort søk på kvart enkelt ord, deretter kombinasjonar ved å nytte avgrensing som "and". Vidare avgrensing vart gjort ved å bruke årstall frå maks 5 år sidan og frem til i dag, samt avgrensing ved hjelp av peer review og full text.

Forskningsartikkel nr 3 "Frivillighet og tvang i sykehjem- to sider av samme sak?" fekk eg overlevert av Christine Øye. I artikkelen har ho nytta omgrep som demens, tvang, sjukeheim, alternative strategiar, formell og uformell tvang som eg ser på som relevante omgrep til mi problemformulering.

Artikkel 1: "How to avoid and prevent coercion in nursing homes: a qualitative study".

Database: CINAHL, henta 19.01.2017

Nr	Søkeord	Avgrensingar	Treff
S1	Dementia		32 903
S2	Coercion		1 540
S3	Nursing home		38 333
S4	power		43 951
S5	S1 S2 S3	AND	5

Artikkel 2: "The ethics of coercive treatment of people with dementia".

Database: ProQuest, henta 19.01.2017.

Nr	Søkeord	Avgrensingar	Treff
----	---------	--------------	-------

S1	Dementia		217 070
S2	Nursing home		368 068
S3	Coercion		28 942
S4	Ethics		681 361
S5	Nurs*		1 525 124
S6	Restraint		45 761
S7	Dementia care		57 909
S8	Aggression		60 608
S9	Dignity		29 760
S10	Behavior problems		536 438
S11	qualitative		299 405
S12	S1 S2 S3 S4 S5 S6 S7 S8 S9 S10 S11	AND	10
S13	S12	Peer review, full text, 2012-2016	4

Artikkel 4: ”Kampen for pasientens beste- sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang ovenfor pasienter med demens”.

Database: ProQuest, henta 09.03.2017.

Nr.	Søkeord	Avgrensingar	Treff
S1	Dementia care		105 780
S2	Nurs*		1 542 342
S3	Coercion		29 241
S4	Nursing home		371 854
S5	Restraint		93 283
S6	Dementia		96 981
S7	ethics		516 931
S8	Qualitative		299 406
S9	Patient		2 096 410
S10	S1 S2 S3 S4 S5 S6 S7 S8 S9	AND	33
S11	S10	Peer review, full	19

		text, 2012-2016	
--	--	-----------------	--

3.3. Forskingsetikk

Alle som forskar innan helsefag er pliktig til å sørge for at forskinga er etisk forsvarleg, denne plikta blir regulert gjennom helsinkideklarasjonen. Helsinkideklarasjonen er ei vegleing som inneheld reglar for helsepersonell som jobbar med studiar som inkluderer menneske. Målet med denne deklarasjonen er å beskytte pasientar mot eventuelle farar som følge av forskning, der det informerte samtykke står sentralt (Christoffersen et. al., 2015, s. 43). I Noreg er det utarbeidet ein komité for medisinsk og helsefagleg forskningsetikk (REK). REKs arbeid støttar opp under fleire lover og forskrifter. Dei har som formål å beskytte pasientar og å sørge for at forskinga er etisk forsvarleg (Christoffersen et. al., 2015, s. 44).

I alle dei fire artiklane var det informert både skriftleg og munnleg på førehand av intervjuet, i tillegg til skriftleg samtykke til å delta. Dette var i følge alle artiklane frivillig deltaking der anonymitet vart sikra, blant annan ved at deltakarane blei bedt om å ikkje avsløra detaljar som kan bidra til at identiteten blei gjenkjent av lesaren. Artiklane ”how to avoid and prevent coercion in nursing homes: a qualitative study” og ”Kampen for pasientens beste- sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang ovenfor personer med demens” vart begge godkjent av personvernombodet ved Norsk Samfunnsvitskapleg Datateneste. Sistenemnd vart gjennomført i samsvar med helsinkideklarasjonens etiske forskingsprinsipp. Artikkelen ”frivillighet og tvang i sykehjem- to sider av samme sak?” vart godkjent av REK-vest, og forskningsetiske prosedyrar som informert samtykke, frivillighet og anonymisering vart følgt. Medan artikkelen ”the ethics of coercive treatment of people with dementia” som vart gjennomført i Sverige ikkje stilte krav til godkjenning frå ein komité, derimot vart dei nasjonale retningslinjene for forskningsetikk følgt i samsvar med anbefalingar i Sverige.

3.4. Kjeldekritikk

Kjeldekritikk er ein metode som blir nytta for kritisk granske ei kjelde, dette gjere ein for å bedømme truverdigheita av informasjonen som blir formidla (Kunnskapssenteret, 2016). Hensikta med kjeldekritikk er at lesaren skal kunne ta del i refleksjonane dine kring relevans og gyldigheten av litteraturen, samt korleis dette bidrar til å belyse problemformuleringa i oppgåva (Dalland, 2012, s. 72). Ein må sjå på faktorar som validitet, overførbarhet og relevansen. For at ein skal kunne kvalitetssikre ei kjelde har kunnskapssenteret utarbeida sjekklister ut frå kva type forskingsmetodar som er nytta i kjelda (Kunnskapssenteret, 2016).

Validiteten av artiklane vurderte eg ut i frå sjekklista for kvalitativ forskingsmetode, slik som kunnskapssenteret presenterer. Sjekklista bidrar til å kvalitetssikre forskinga ved å stille spørsmål til artiklane. Det blir stilt spørsmål ved formålet ved studien, om det er hensiktsmessig for studien å nytte kvalitativ metode, samt fleire spørsmål knytt til validiteten til studien. Er resultata til å stole på? kva fortell resultata? kan resultata nyttast til mitt formål? Ut i frå desse spørsmåla vurderte eg alle dei fire forskingsartiklane, der alle oppfylte krava til kunnskapssenteret for kvalitativ forskingsmetode.

Ved å nytte IMRaD-strukturen vil ein enklare kunne gjer seg kjent i ukjente tidsskrifter, det vil føre til at lesinga går raskare. IMRaD-strukturen er den norma som er hyppigast nytta for oppbygging og struktur av den enkelte artikkelen. IMRaD er ei forkorting på Introduksjon, Metode, Resultat, og (And) Diskusjon (Dalland, 2012, s. 79). Samtidig som det diskuterer metoden med fokus på eventuelle svakheter innan framgangsmåten og kva konsekvensar dette kan medføre (Thidemann, 2015, s. 70)

3.5. Metodekritikk

For å komme fram til relevante forskingsartiklar søkte eg i databasar som CINAHL og ProQuest. For å ekskludere artiklar avgrensa eg søket til maks 5 år, dette bidrar til å styrke gyldigheta av funna. I aktuelle artiklar leste eg samandraga, dersom dette stemte overeins med det eg var ute etter, leste eg artikkelen. For å bedømme artiklane nytta eg IMRaD-strukturen som også bidrog til å gjer lesinga enklare og meir effektiv. Her hadde eg fokus på validitet, overførbarhet og relevans. I alle artiklane eg har nytta har eg sett likskap frå eigen praksis, eg vurderte derfor artiklane som overførbare. Ved å lese artiklane med spesielt fokus på introduksjon og resultat fekk eg svar på relevansen, alle artiklane svarte på det som vart spurt om i henhold til mi problemformulering.

4.0. Resultat

4.1. Samandrag av artikkel 1

Gjerberg, Hem, Førde & Pedersen (2013) *How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study.*

Studien nyttar ein kvalitativ forskingsmetode. Datasamlinga vart gjort ved tverrfagleg fokusgruppeintervju i samarbeid med ansatte ved fem sjukeheimar i sør Noreg, med til saman 60 deltakarar. Hensikta med denne studien var å undersøke korleis pleiepersonell handterte situasjonar der pasientar med demens motsette seg pleie og behandling. For å undersøke dette hadde dei fokus på kva strategiar og alternative metodar som vart nytta. Bakgrunnen for studien er den utstrakt bruken av tvang i norske sjukeheimar. Desse pasientane har eit omfattande sjukdomsbilete med kroniske sjukdommar, der ein ser demens som underliggende sjukdom. Fleirtalet av pasientar med demens har funksjonsnedsettingar og komplekse behov, der agitasjon og åtferdsforandringar er hyppig.

Resultata som kjem fram i forskinga er at pleiepersonell brukar mykje tid på å unngå tvang, dette gjer dei ved å forsøke mange ulike framgangsmåtar. Blant dei ulike framgangsmåtane kjem det fram at dei nyttar distraksjon, eliminere alternativa og fleksibilitet, altså å forsøke igjen seinare eller bytte personell, eller ein-til-ein pleie. Funn i artikkelen viser at ein tredjedel av dei som jobbar ein-til-ein med pasientane ikkje har tilstrekkelege kvalifikasjonar, samt ein fjerdedel ikkje har høgskule utdanning. Gjennom intervju med pleiepersonellet kom det også fram at å ha kjennskap til pasienten og pasientens familie og bakgrunn kan bidra til at ein forstår pasienten betre, på den måten får ein ei betre forståing av kvifor pasienten reagerer som han gjer. Andre faktorar var antall personale på jobb og deira kunnskapar og kompetanse til å jobbe med personen med demens. Det kjem også fram at det blir nytta meir tvang i helgene enn i resten av veka, der ein kan sjå at det er fleire ufaglærte på jobb i helgene. Studien konkluderer med at sjukepleiarane har eit bredt spekter med alternative strategiar for å unngå å bruke tvang, men at dette aleine ikkje er tilstrekkeleg for å redusere bruken av tvang ytterligare. Det er mange faktorar som spelar inn, slik som tilstrekkeleg med personale på jobb, samt at personalet som er på jobb har den rette kompetansen innan demensomsorg. Der personalet legg vekt på at deira mogleik til å være fleksible og bruke alternative strategiar vart sterkt påverka av organiseringa av sjukeheimane, samt deira ressursar.

4.2. Samandrag av artikkel 2

Lejman, Westerbotn, Pöder & Wadensten (2013) *The ethics of coercive treatment of people with dementia.*

Studien nyttar ein kvalitativ forskingsmetode, der dei har intervjuar 10 avdelingssjukepleiarar frå 10 forskjellige sjukeheimar i midt-Sverige. Hensikten med studien var å kartlegge korleis sjukepleiarar i sjukeheimar sikra rettssikkerheit, god og trygg pleie, samt oppretthaldt verdigheita til bebuarane på sjukeheimen som lir av demens. Bakgrunnen for studien var å sjå dette i lyset av at den nasjonale komiteen kring helse og velferdslovgivnad avskaffa bruk av tvang som behandling (Lejman, Westerbotn, Pöder & Wadensten, 2013).

Resultata frå studien viser at sjukepleiarane brukte ulike strategiar ved bruk av tvang, dei blei plassert i tre ulike ”grupper”. Nokre brukte tvang som behandling, andre brukte tvang i særskilte omstende til dømes der det var fare for skader knytt til fallfare, og tredjeparten hadde som utgangspunkt å ikkje bruke av tvang. Studien konkluderer med at sjukepleiarar fortsatt nyttar avgrensingar til å forsikre god og trygg sjukepleie. Underbemanning og ulike tolkingar av dei juridiske rammene syntes også å ha påverknadskraft i bruken av tvang.

4.3. Samandrag av artikkel 3

Øye (2015) *Frivillighet og tvang i sykehjem – to sider av samme sak?*

Studien nyttar ein kvalitativ forskingsmetode, der det til saman er utført 42 intervju med personalet på fire ulike sjukeheimar der det bur personar med demens. Hensikta med studien var å sette fokus på korleis frivillighet og tvang kan forståast som gjensidig i demensomsorga, i motsetting til å sjåast på som to mot polar. For å belyse dette har artikkelen tatt for seg den formelle og den uformelle tvangen og satt den opp mot Foucault og hans tolkingar kring frivillighet og tvang. Bakgrunnen for dette er at omlag 80% av bebuarar på sjukeheimar lir av ein form for demens. Der mange personar med demens er aggressive, agiterte eller vandrane, dette er faktorar som kan skapa utfordringar for pleiepersonell og som kan føre til at ein nyttar ulike former for tvang.

Studien resulterer med pleiepersonell arbeider målretta for å legge til rette for at bebuarane skal oppleve tiltak som frivillighet. Dette blir gjort ved å legge til rette i matsituasjonar, tilbyr bebuarar turar dersom tida strekker til, har kontakt med pårørande og brukar tida ein har målretta. Til tross for slike tillitsskapande tiltak ser ein at det ikkje alltid er tilstrekkeleg, ein har ikkje alltid den tida ein treng, det kan være vanskeleg å skapa eit samarbeid med

pårørande, og budskapet ein prøver å formidle til personen med demens blir ikkje oppfatta meiningsfylt for mottakaren. Studien konkluderer med at fridomstildeling er heilt sentralt for bebuarane, det bidrar til å sikre bevegelsesfridom, dette er noko som kan sikrast med til dømes sansehagar. Dette gjer det mogleg for pleiepersonell å nytte ulike former for formell og uformell tvang som overvåkingsstrategiar, press- og lokkemidlar, avledningsmanøver, mogleik til å overtale, gi beroligande medisinar i skjul, alt for å forsikre at pasienten får den nødvendige omsorga. Dette er ulike former for tvang for å sikre nettopp omsorg for pasienten. Frivilligheit og tvang blir to sider av same sak, som ikkje lengre kan oppfattast som to mot polar.

4.4. Samandrag av artikkel 4

Garden & Hauge (2012) *Kampen for pasientens beste - sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang ovenfor personer med demens.*

Studien nyttar ein kvalitativ forskingsmetode, der dei har intervjuva 8 sjukepleiarar i 8 forskjellige kommunar i Noreg. Hensikta med studien var å få innsikt i korleis sjukepleiarar opplev det å nytte tvang. Bakgrunnen for dette er at 45% av alle pasientar på avdelingar for personar med demens opplev tvang. I og med at det er så utbredt kan ein gå ut i frå at mange sjukepleiarar har nytta tvang til pasientar med demens.

Studien kom fram til fem ulike beskrivingar av korleis sjukepleiarar opplev å nytte tvang. Den første beskrivinga var ei oppleving av å ikkje nå fram til, og å forstå pasienten. Dette førte til at sjukepleiarane ikkje såg noko annan alternativ enn å nytte tvang. Den andre beskrivinga som kom fram var opplevinga av å ha skuld i pasientens negative opplevingar. Der mange av sjukepleiarane opplevde pasientens uttrykte motstand som både eit personleg og profesjonelt nederlag. Den tredje beskrivinga som kom fram var opplevinga av at pasienten var tapt eller tildekka. Altså nokre sjukepleiarar såg på kognitiv svikt som at personen var tapt, av den grunn vil sjukepleiarane oppretthalda rutinar og struktur for å sikra tryggleik, forutsikbarhet og fysisk funksjon ved at pasienten ser velstelt ut. Den fjerde beskrivinga som kom fram var ei oppleving av sinne i omsorgssituasjonen. I situasjonar der ein nytta tvang kan pasienten ofte bli aggressiv og voldeleg, i nokre tilfelle aksepterte sjukepleiarane åtferda, i andre tilfelle reagerte dei med sinne. Denne sinna kunne også ver retta mot pasienten noko som gjore at sjukepleiarane opplevde at situasjonen mista profesjonaliteten. Den femte beskrivinga var ei oppleving av strenge rammer der sjukepleiarane opplevde avdelingas rammer som ein faktor som skapte arbeidspress og kompetansemangel.

Alle sjukepleiarane gav uttrykk for at kunnskap og gode erfaringar var avgjerande for å skapa frivillige omsorgstiltak. Studien konkluderer med at sjukepleiarar opplev tvang som ein kamp om pasientens beste, til tross for at pasientens beste blei opplevd som uklart. Sjukepleiarens haldning og evne til å forstå pasienten viser seg å være avgjerande for bruken av tvang.

4.5. Oppsummering av hovudfunna

Eit av hovudfunna som går att i alle dei fire artiklane er at det blir forsøkt mange ulike alternative strategiar før pleiepersonell nyttar til tvang ovanfor personen med demens. Til tross for dette er bruk av tvang ofte nytta. Der ein igjen ser at fleire av artiklane beskriv dette som ”for pasientens eige beste”, denne beskrivinga av pasientens eige beste blir sett ut i frå pleiepersonelletts ståsted, der pasientens eige beste kan vere noko uklart frå pasientens side (Garden og hauge, 2012; Lejman et al. 2013; Øye, 2015). Andre funn som går att i artiklane er bruk av formell og uformell tvang, der dei alternative strategiane pleiepersonell ofte nyttar er lokking og luring for å unngå den meir fysiske tvangen. Øye (2015) er den einaste som beskriv luring og luring som uformell tvang, der andre beskriv dette som alternative strategiar til tvang. Andre faktorar som spelar ei viktig rolle i bruken av tvang, og som blir nemnd i tre av artiklane er nødvendige med tilstrekkeleg kunnskap blant pleiepersonell som jobbar i saman med personar med demens, då særleg kunnskap om pasientgruppa, tillitsskapande tiltak, juridiske rammer, personen i seg sjølv og deira livshistorie (Garden og Hauge 2012; Gjerberg et al. 2013; Øye 2015).

Vidare ser ein at ein fellesnemnar for artiklane er å ha kjennskap til pasienten og deira pårørande. I Gjerberg et. al. (2013) blir dette knytt opp mot alternative strategiar der kjennskap til pasienten og deira familie kan nyttast til å distrahere personen med demens, der ein tar fokuset vekk frå faktorar som kan skapa angst og uro. Dei alternative strategiane blir ofte nemnd når artiklane tar for seg personar med demens som opplev symptom som agitasjon, aggresjon, vandring. Dette er symptom som kan sjåast i lyset av Skovdahl og Berentsens (2014) beskriving av APSD blant personar med demens.

5.0. Drøfting

5.1. Kva er tvang?

Pasientrettighetslova kapittel 4A-3 (2009) legg til grunne ei rekke krav som må oppfyllest før ein kan nytte tvang på pasientar. Dette er krav som bidrar til pasientsikkerheit, både for pasienten sjølv og personar i omgivnadar kring pasienten. For personar med demens kan slike krav stilles for å beskytte personen sjølv mot faktorar som kan påverke helse, inkludert indre kjensler som uro, agitasjon, aggressiv åtferd og vandring, samt mot omgivnadane kring pasienten som kan inkludere andre personar med demens.

Øye et. al. (2017) skriv i sin forskingsartikkel at tvang blir definert på fleire måtar, dei tar opp definisjonar som avgrensa fridom, invadering av privatliv og makt eller press i behandling. I følge Testad et. al. (2015) opplev 19% av alle personar med demens i sjukeheim tvang i løpet av ei veka. I praksis opplev personar med demens tvang i ulike situasjonar, deriblant situasjonar knytt til personleg hygiene som til dømes i stell eller i dusj samanheng (Garden og Hauge, 2012; Gjerberg et al., 2013; Øye, 2015). Andre situasjonar som blir nemnd er knytt til medisiner, matsituasjonar og vandring (Gjerberg et al., 2013). Lejman et. al. (2013) skriv særleg om situasjonar der tvang er nytta for å unngå skader som følge av blant annan fall, der ein har særleg fokus på pasientar som har falt tidlegare eller som ikkje kan gå utan hjelpemiddel. Derimot vart slike situasjonar knytt til ei spesiell gruppe innan deira forskning som nytta tvang som behandling der det vart stilt spørsmål ved pleiepersonnellets kompetanse og forståing av juridiske rammer. Der igjen opplevde pleiepersonellet tvangen som nødvendig ettersom dei såg på fare ved fall som ein større trussel enn påkjenninga av tvangen som vart utøvd.

Øye (2015) har eit fokus på den formelle og den uformelle tvangen, der den formelle tvangen blir regulert av lovverket og omhandlar den fysiske og meir synlege bruken av tvang. Den uformelle tvangen blir rekna som ”lokking og luring” av personar med demens. Derimot kan ein lese om den same uformelle tvangen i fleire andre artiklar som til dømes i Gjerberg et. al. (2013) sin forskingsartikkel, der dei tar opp alternative strategiar for å unngå tvang. Ein kan lese om alternative strategiar som distraksjon, eliminere alternativ, fleksibilitet og ein-til-ein pleie. Dette er alternative strategiar som går under kategorien ”lokking og luring” men som Gjerberg et. al. (2013) aldri omtalar som uformell tvang.

Fleire av dei valte forskingsartiklane i denne oppgåva skriv om nettopp alternative strategiar for å unngå den fysiske tvangen (Garden og Hauge, 2012; Gjerberg et al. 2013; Lejman et al. 2013). Slike alternative strategiar eller uformell tvang kan inkludere distraksjon, pasientens familie, eliminere alternativ, fleksibilitet der ein prøver igjen seinare (Gjerberg et al., 2013) eller bytter personell, ein-til-ein pleie, overvaksingsstrategiar, press- og lokkemidlar, avledningsmanøver, overtaling og å gi beroligande medisin i skjul (Øye, 2015). Hensikta med å nytte slik uformell tvang som dei alternative strategiane framstiller er derimot den same, for å sikre god omsorg til personen med demens. Gjerberg et.al. (2013) hevder i sin forskingsartikkel at til tross for eit spekter med alternative strategiar for å unngå formell tvang, er ikkje dette aleine tilstrekkeleg for å redusere bruken av tvang. Er det då rimeleg å hevde at dette sikrar god omsorg for personen med demens? Vidare kan ein stille spørsmål ved kva bruken av tvang gjer med personen med demens.

I studien til Hofmann og Hahn (2014) legg dei vekt på korleis tvang kan påverke personen, både fysisk og psykisk. Bruk av tvang kan påverke personen med demens psykisk på lik linje som fysisk, der det kan vekke kjensler som negative kjensle som frustrasjon, frykt, einsemd, mistillit til helsepersonell og tap av menneskeleg verdighet. Samtidig som det kan få negative konsekvensar for personens fysiske helse der ein fratar personen trening, tap av mobilitet, mangel på initiativ og eksponering.

5.2. Kva faktorar påverk bruken av tvang?

Felles for forskingsartiklane i denne oppgåva er at alle tar opp uformell tvang, der dei forsøker mange alternative strategiar før ein yter formell tvang i helsehjelp. Gjerberg et. al. (2013) påpeiker at til tross for eit vidt spekter av alternative strategiar vil ein ikkje kunne redusere bruken av tvang tilstrekkeleg. I tillegg til påverknadsfaktorar som allereie er nemnd blir også organiseringa av sjukeheimane inkludert som faktorar som påverkar bruken av tvang. Andre faktorar som spelar ei rolle i bruken av tvang er at personalet har kjennskap til pårørande, kjennskap personens tidlegare liv, kunnskap om personar med demens, samt kunnskap om dei juridiske rammer knytt til bruk av tvang. Lejman et. al. (2013) legg vekt på ulike tolkingar av juridiske rammer som faktorar som påverkar bruken av tvang i praksis. Funna til Lejman et. al. (2013) viser ein variasjon i pleiepersonellens kunnskapar om tvang som behandling, samt kva som er lovleg og under kva forhold det er lovleg. Desse funna underbygger Gjerberg et. al. (2013) sine funn som viser at det vart nytta meir tvang i helgene,

der ein ser ein samanheng mellom tvang og ufaglærte som arbeider i helgene. Ein ser ein tydleg fellesnemnar blant funna til Lejman et. al. (2013) og Gjerberg et. al. (2013) og Skovdahl og Berentsen (2014) sine åtte hovudpunkt for god omsorg til personar med demens. I følge Gjerberg et. al. (2013) bidrar mangel på kompetanse til tvang mot personar med demens. Dette underbygger funna til Garden og Hauge (2012) der dei påpeiker mangel på kunnskap som ein risikofaktor for bruk av tvang, der erfaring og kunnskap er avgjerande for frivillighet i praksis.

I følge Gjerberg et. al. (2013) er organiseringa av sjukeheimane, med spesielt fokus på tilstrekkeleg med personalet på jobb, ein faktor som kan påverke bruken av tvang. Dette bidrar til at personalet kan være fleksible og bruke alternative strategiar. Det å være fleksibel i deira meining vil sei å ha mogleik til og nytte alternative strategiar som å prøve igjen seinare, bytte personell og å nytte ein-til-ein pleie. Derimot vil underbemanning kunne føre til tidspress som vidare kan føre til meir tvang på sjukeheimar. Underbemanning kan til dømes føre til stress og hastverk blant pleiepersonellet, noko som kan påverke kommunikasjonen vår, både verbalt og non-verbalt. For personar med demens er det grunnleggande at ein legg til rette for god kommunikasjon og tilrettelegging i kvardagen, det krev tid og ein roleg atmosfære. Som Skovdahl og Berentsen (2014) påpeiker vil stress og kaos kunne bidra til at personen med demens opplev symptom knytt til APSD, noko som kan føre til ein rekke ikkje-kognitive symptom. Dette er symptom som liknar det Øye (2015) nemner som moglege risikofaktorar knytt til bruken av tvang, der ho tar opp faktorar som agitasjon, aggressiv åtferd, uro og vandring.

Symptom på APSD fremstår ofte i forbindelse med vanskar med å gjer seg forstått eller vanskar med å forstå kva som blir formidla, eller som ein respons på omgivnadane der personen med demens opplev stress og kaos. Gjennom intervju med sjukepleiarar som nytta tvang var det nettopp dette Garden og Hauge (2012) fekk presentert. Sjukepleiarane opplevde at personen med demens ikkje forsto budskapet og kunne derfor ikkje godta handlinga som var skulle skje, i den samanheng såg ikkje sjukepleiarane nokon andre alternativ enn å utøve tvang på personen med demens. På ei side viser forskinga til Garden og Hauge (2012) at personar med demens ofte kunne respondere på tvangen ved å utagere med aggressiv og voldeleg åtferd. Der igjen reagerte nokre sjukepleiarar med sinne retta mot seg sjølv og pasienten i situasjonen med tvang, noko som kan bidra til å forsterke kjensla av overgrep for personen med demens. På ei annan side kunne åtferd som medførte agitasjon, aggresjon og

valdeleg åtfærd føre til tvang. I denne samanheng ser ein at tvang kan medføre symptom på APSD, med grunnlag i funna innleiingsvis i dette avsnittet kan ein sjå at tvang og APSD påverkar kvarandre. Tatt i betraktning Skovdahl og Berentsen (2014) sin beskriving av APSD og kva som kan påverke slike symptom kan det være nyttig å sjå nøyare på kommunikasjon og det humanistiske perspektivet knytt til utøvinga av tvang. Korleis kan ein skape tillit og tryggleik som kan bidra til å førebygge eller redusere bruken av tvang?

5.3. Tillitsskapande tiltak

Pasientrettighetslova kapittel 4A-3 (2009) stiller ei rekke krav som må oppfyllest før ein kan nytte tvang, blant annan stilles det krav til at tillitsskapande tiltak skal være forsøkt før ein nyttar tvang. Derimot kan dette kravet opphevast dersom det heilt tydeleg er unyttig for situasjonen. Fleire av artiklane i denne oppgåva beskriv ei rekke metodar som vert forsøkt før ein nytta tvang, der fleire beskriv eit spekter med alternative (Garden og Hauge, 2012; Gjerberg et al. 2013; Lejman et al. 2013; Øye, 2015). Blant disse alternative strategiane finn ein metodar som inneberer blant annan distraksjon, eliminere alternative og fleksibilitet (Gjerberg et al., 2013). Gjerberg et. al. (2013) påpeiker at organiseringa av sjukeheimen er ein viktig faktor for personelets mogleik til å være fleksible. Det krev at det er tilstrekkeleg med personalet på jobb slik at ein til dømes kan jobbe ein-til-ein med personar med demens som har behov for slik pleie. Derimot påpeiker Gjerberg, et. al. (2013) at ein tredjedel av helsepersonell som jobbar ein-til-ein med pasientar ikkje har tilstrekkelege kvalifikasjonar knytt til arbeidet dei gjer. I følge Skovdahl og Berentsen (2014) er det grunnleggande for pleiepersonell og ha den nødvendige fagkunnskapen som trengs innan demensomsorga for å sikre god sjukepleie. Dette inneberer at ein kan reflektere etisk kring problemstillingar som kan framkomme i arbeid med personar med demens.

Skovdahl og Berentsen (2014) har utforma åtte punkt for å sikre god omsorg til personar med demens, blant desse punkta finn ein personsentrert omsorg (Skovdahl og Berentsen, 2014, s. 434). McCormack og McCance (2010) vel å ta avstand frå tileigna roller som pasient og sjukepleiar, dei vel å omtale det som personsentrert omsorg ettersom det er sjølv personen som er i fokus. Vidare omtalar dei omsorg som ein mellommenneskeleg interaksjon, ikkje desto mindre er det nettopp slik Joyce Travelbee definerer sjukepleie, som ein mellommenneskeleg prosess der ein som sjukepleiar bidrar til å førebygge og mestre erfaringar kring sjukdom og lidning, samt bidra til at personen finn mening i sine erfaringar.

Førebygging i denne samanheng kan være knytt til tillitsskapande tiltak som bidrar til å førebygge åtfærd som kan føre til bruk av tvang. På lik linje med McCormack og McCance (2010) vel også Travelbee (2011) og ta avstand frå generaliserte oppfatningar kring tileigna roller, som til dømes sjukepleiar og pasient. Etter hennar meining skapar tileigna roller avstand frå det mellommenneskelege, og fører til at menneskets personlege og spesielle trekk og kjenneteikn blir utsletta og dekket over. Det var nettopp dette Garden og Hauge (2012) kom fram til i sin forskingsartikkel, der nokre sjukepleiarar nytta tvang på personar med demens som dei oppfatta som tildekka av sin demenssjukdom.

Ved å ta avstand frå generaliserte roller, slik som McCormack og McCance (2010) og Travelbee (2011) legg vekt på i sin teoretiske tenking, vil ein kunne etablere eit menneske-til-menneske forhold der ein kan forholde seg til kvarandre som unike individ. I følge Travelbee (2011) er kommunikasjon nøkkel til å oppnå eit menneske-til-menneske forhold. På lik linje er kommunikasjon også nøkkelen til å oppnå personsentrert omsorg. Som McCormack og McCance (2010) påpeiker bygger personsentrert omsorg på relasjonar, personlege verdiar og forståing av omverda, samt respekt for personlege verdiar i møte med det gamle mennesket. Kitwood (1997) beskriv personsentrert omsorg som ein status som være gitt til eit menneske av andre, der verdiar knytt til relasjonar og sosialsamvær er grunnleggande og bygger på anerkjensle, respekt og tillit. I følge McCormack og McCance (2010) er dette verdiar som skapar byggesteinar for å hjelpe personen her og no, i tillegg til ein livsplan for vidare liv. Dette kan minne om Travelbee (2011) si teoretiske tenking kring menneske-til-menneske forhold, der ho også har fokus på å identifisere og planlegge personens behov for å vidare kunne utføre sjukepleie i samsvar med personens behov og forventningar. For å kunne oppnå ein slik relasjon er kommunikasjon vårt viktigaste verktøy.

Kommunikasjon i møte med personar med demens kan være ein utfordring ettersom personen kan ha redusert evne til å uttrykke seg eller til å forstå kva som blir formidla. (Skovdahl og Berentsen, 2014, s. 424). Med grunnlag i denne problematikken har Rokstad (2014) vidareformidla korleis ein kan nytta kommunikasjon som byggestein for å oppnå ein relasjon til personen med demens, og på denne måten skape grunnlag for personsentrert omsorg. På lik linje som Skovdahl og Berentsen (2014), påpeiker også Rokstad (2014) korleis vanskar med kommunikasjon kan påverke personar med demens. Ho beskriv opplevinga som lammande og strevsamd, samtidig som det vekker kjensler som frustrasjon og uro. For å skape ein relasjon til personar med demens er det viktig at ein kan kommunisere med kvarandre, både verbalt og

non-verbalt. I følge Rokstad (2014) bør orda og setningane ein formidlar være enkle og konkret for å unngå misforståingar. Samtidig bør ein være oppmerksom på kva ein uttrykker non-verbalt, både kva ein sjølv uttrykker samt kva personen med demens uttrykker. Måten pleiepersonell uttrykker seg på kan ha stor betydning for personen med demens. Noko så enkelt som eit smil kan føre til at personen føler seg meir avslappa og roleg, samtidig som det bidrar til å oppretthalda kontakt. Derimot må ein også være oppmerksom på kva den andre personen uttrykker med sin non-verbale kommunikasjon. Rokstad (2014) tar opp nokre uttrykk som kan komme til synet dersom personen med demens ikkje oppfattar budskapet i det ein prøver å formidle. Dette kan uttrykke seg ved at ein flakkar med blikket, verkar forvirra eller blir rastlaus.

På lik linje med Rokstad (2014) har også Travelbee (2011) fokus på kommunikasjon som verktøy for å skapa relasjon. Der ho også legg vekt på den verbale og den non-verbale kommunikasjonen. Derimot påpeikar Travelbee (2011) at det ikkje finnes noko fasitsvar på korleis ein kan skapa god relasjon ved hjelp av kommunikasjon, men ved hjelp av gode tekniskar for kommunikasjon vil ein kontinuerlig utvikle vår kompetanse. Der igjen er det viktig for Travelbee (2011) å påpeike skilnad mellom kva som er våre behov og kva som er pasientens behov når ein kommuniserer med kvarandre. Ved å skilje våre behov frå pasientens behov vil ein unngå å overføre våre behov og ynskjer over på pasienten. Dette kan ein sjå i lyset av rettferdighets-prinsippet som bygger på pasientens rett til å bestemme over eiga helse. Med grunnlag i rettferdighets-prinsippet kan vår påverknadsfaktor som pleiepersonell være stor i møte med personar med demens, slik at Travelbee's merksemd kring skilnader knytt til behov blir enda meir sentralt.

5.4. Sjukepleiarens etiske prinsipp

Skovdahl og Berentsen (2014) nemner i sine åtte hovudpunkt for god sjukepleie for personar med demens grunnleggande faktorar som nødvendige fagkunnskapar samt viktigheta av å kunne reflektere etisk. I følge Beauchamp og Childress (2012) er det spesielt fire etiske prinsipp ein reknar som dei viktigaste innan sjukepleie, dette består av velgjørenhet-prinsippet, ikkje skade-prinsippet, respekt for autonomi-prinsippet og rettferdighets-prinsippet (Nortvedt, 2012, s. 95). Dette er etiske prinsipp som står sentralt innan sjukepleiefaget og som bidrar til god utøving av sjukepleie.

Lejman et. al. (2013) tar opp etiske dilemma ein møter i demensomsorga ved at legitime krav til god og trygg sjukepleie kommer i konflikt med nasjonale og internasjonale lovgivningar. Der dei vidare tar opp bruken av tvang og knytt det opp mot pasientsikkerheit. Det kjem fram i studien at det vart nytta belter og/eller sengehest til pasientar som hadde fallrisiko, eller som hadde falt nyleg. Dette vart som regel gjort i samsvar med pasienten der dei gav sitt samtykke, dette var tiltak som verka beroligande for pasienten sjølv. I denne samanheng ser ein at sjukepleiarane har tatt pasientens ynskje i betraktning og fått frivillighet innan bruk av tvang. Dette kan sjåast i lyset av Beauchamp og Childress (2012) sine etiske prinsipp, særleg respekt for autonomi-prinsippet der pasientens rett til å ta egne avgjersle er respektert. Sjukepleiarane i studien beskreib dette som tiltak for å auke pasientsikkerhet, samtidig som dei gav uttrykk for at konsekvensane av eit fall var mykje verre enn påkjenninga av fysiske tvangsmiddel. I lyset av Beauchamp og Childress (2012) kan ein vurdere dette ut i frå ikkje skade-prinsippet som har som hensikt å beskytte pasientar mot dårleg praksis og feilbehandling. Her kan ein knytte inn Hofmann og Hahn (2014) der bruk av tvang kan få negative konsekvensar knytt til den fysiske og psykiske helsa. Hofmann og Hahn (2014) tar også opp faren ved tvangstiltak som sengehest, der det kan være fare for at pasienten skil mellom madrassa og sengekanten for å komme seg ut.

Fleire av artiklane belyser pårørande og deira rolle i forhold til personar med demens (Gjerberg et. al., 2013; Øye 2015). I Gjerberg et. al., (2013) sin artikkel vart pårørande knytt opp mot mogleik til å nytta alternative strategiar, der kjennskap til pårørande kunne nyttast som avledingsmanøver. Øye (2015) omtalar pårørande som ein tillitsskapande faktor i møte med personar med demens, der kontakt med pårørande står i fokus. Derimot er det sjukepleiaren si oppgåve å oppretthalde kontakt med pårørande, dette blir også nemnd i Skovdahl og Berentsen (2014) sine åtte hovudpunkt for sjukepleie til personar med demens. Vidare påpeiker dei sjukepleiarens funksjon knytt til pårørande, der det er sjukepleiaranes oppgåve og avklare på førehand kor mykje pårørande ynskjer å være involvert i behandlinga til personen med demens. I den samanheng vil det være rimeleg å ha rettferdighets-prinsippet i minne, som bygger på pasientens rett til å bestemme over eiga helse, uavhengig av blant annan pårørande. Som sjukepleiar vil det være ein del av vår sjukepleiefunksjon å skilje mellom pasientens behov og pårørandes behov. Sett i lyset av Travelbee's (2011) sjukepleietenking vil skilnad kring behov understøtte rettferdighets-prinsippet. Det vil være grunnleggande at ein klarer å skilje mellom pasientens behov og pårørandes behov og ynskjer kring personen med demens.

6.0. Avslutning/konklusjon

Konsekvensane av tvang kan være mange, blant dei verste finn ein frykt og mistillit til helsepersonell, samt former for dehumanisering der personen opplev tap av menneskelege verdiar. Funn i artiklane tyder på at organiseringa av sjukeheimane spelar ei sentral rolle i bruken av tvang, her under tilstrekkeleg bemanning. Andre faktorar som bidrar til tvang er lite kunnskap kring personar med demens, ulike tolkingar av juridiske rammer, lite kunnskap om personen med demens, sjukepleiarens syn på personen med demens og evna til å reflektere etisk.

I møte med personar med demens vil ein oppleve etiske dilemma, til dømes om konsekvensane av eit fall er større enn påkjenninga av tvang? Både bruk av formell og uformell tvang, der også den uformell tvangen kan medføre negative konsekvensar knytt til personens kjensle. Funn i artiklane legg vekt på eit spekter av alternative strategiar som blir forsøkt før ein nyttar tvang, deriblant distraksjon, eliminere alternativ, fleksibilitet og ein-til-ein pleie. Ved å auke kunnskapen kring risikofaktorane som kan føre til tvang, i samsvar med personsentrert omsorg og etablering av eit menneske-til-menneske forhold vil mogleiken til å redusere bruken av tvang forbetrast.

Referanseliste

- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag AS
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, B., Ingeberg, H., M. & Tallaksen, W., D. (2006). *Mentale knagger: En innføring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Akribe
- Garden, May-Hilde, R.N., M.N.Sc, & Hauge, Solveig, RN, M.N.Sc, PhD. (2012). Kampen for pasientens beste - sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens. *Vard i Norden*, 32(4), 18-22. Henta frå <https://search.proquest.com/docview/1315595308?accountid=28726>
- Gjerberg, E., Hem, M. H., Førde, R., & Pedersen, R. (2013). How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 20(6), 632-644. doi:10.1177/0969733012473012
- Hofmann, H., & Hahn, S. (2014). Characteristics of nursing home residents: a systematic literature review. *Journal of clinical nursing*, 23(21/22), 3012-3024. Doi:10.1111/jocn.12384
- Kirkevold, M. (2014). Personsentret og individualisert sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 106-121). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar* (2.utg., s. 207-280). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kunnskapssenteret. (2016, 19.april). *Sjekklister for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 19. Januar 2017 frå <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler>

Lejman, E., Westerbotn, M., Pöder, U., & Wadensten B. (2013). The ethics of coercion treatment of people with dementia, *Nursing Ethics*, 20(3), 248-62. Doi: 10.1177/0969733012463721

McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-centred nursing: Theory and practice*. Cornwall: Wiley-Blackwell.

Ndla. (2013, 13. Februar). Yrkessituasjoner - hva ser du søster?. Henta 20. april 2017 frå <http://ndla.no/nb/node/60690?fag=52>

Nortvedt, P. (2012). *Omtanke: en innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (2009). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Henta frå: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_5#§4a-2

Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.

Skovdahl, K. & Berentsen, V. D. (2014). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg. s. 408-437). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Testad, I., Mekki, E. T., Førland, O., Øye, C. Tveit, M. E., Jacobsen, F. & Kirkevold, Ø. (2015). Modeling and evaluating evidence-based continuing education program in nursing home dementia care (MEDCED) – training of care home staff to reduce use of restraint in care home residents with dementia. A cluster randomized controlled trail. *International journal of geriatric psychiatry*, 31(1), 24-32. Doi: 10.1002/gps.4285

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk skriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Øye, C. (2015). Frivillighet og tvang i sykehjem- to sider av samme sak?. *Michael Quarterly*, 12(2),167-79

Øye, C., Jacobsen, F. F. & Mekki, E. E. (2017). Do organisational constraints explain the use of restraint? A comparative ethnographic study from three nursing homes in Norway. *Journal of clinical nursing*. Doi: 10.1111/jocn.13504.

Vedlegg

Vedlegg 1 - Resultattabell

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utval	Resultat
Gjerberg, E., Hem. H. M., Førde, R. & Pedersen, R. (2013) <i>"How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study"</i>	Hensikten er å undersøke korleis pleiepersonell handterer situasjonar der personar med demens motsetter seg pleie og behandling. Med fokus på strategiar og alternative metodar.	Dette er ein kvalitativ forskingsmetode. Det vart gjennomført tverrfagleg fokusgruppeintervju, der det blei tatt lydopptak.	Undersøkinga vart gjort ved fem sjukeheimar i sør-Noreg. Deltakarane var sjukepleiarar, hjelpepleiarar og ufaglærte, tilsaman 60 deltakarar.	Studien konkluderte med at sjukepleiarane har eit breitt spekter av alternative strategiar dei nyttar for å unngå å bruke tvang. Der også faktorar som lav bemanning, fagkompetanse og organisering av sjukeheimane spelte ei sentral rolle i utfallet.
Lej, E., Weterbotn, M., Pöder, U. & Wadensten, B. (2013) <i>"The ethics of coercive treatment of people with"</i>	Hensikta med studien var å kartlegge korleis sjukepleiarar i sjukeheimar sikre rettssikkerhet, god og trygg pleie, samt oppretthaldt verdigheta til	Dette er ein kvalitativ forskingsmetode. Det vart gjennomført informative intervju, der intervjuet blei tatt lydopptak.	Undersøkinga vart gjort i ti forskjellige sjukeheimar i midt-Sverige, der det deltok 10 avdelings-sjukepleiarar.	Studien viser at sjukepleiarane nyttar forskjellige strategiar ved bruk av tvang. Dei blei plassert i tre forskjellige grupper, der gruppe ein nytta tvang som behandling,

<i>dementia</i> ”	personar med demens på sjukeheim.			gruppe to nytta tvang i særskilte situasjonar og gruppe tre hadde som utgangspunkt å ikkje nytta tvang. Underbemanning og ulike tolkingar av juridiske rammer påverka bruken av tvang.
Øye, C. (2015) <i>”Frivillighet og tvang i sykehjem – to sider av samme sak?</i>	Hensikta med studien var å sette fokus på korleiv tvang og frivillighet kan sjåast som gjensidig i demensomsorga, i motsetning til to mot polar. Dette blir belyst med formell og uformell tvang.	Dette er ein kvalitativ forskingsmetode. Det var nytta formelle og uformelle intervju/samtalar, i tillegg til deltakande observasjonar.	Til saman vart det utført 42 intervju med personalet, samt 52 feltdagar.	Studien visar at pleiepersonell arbeider målretta for å legge til rette for at pasientane skal oppleve tiltak som frivillig. Dei nyttar ulike former for tvang for å sikre god omsorg for pasienten. Blant annan ved hjelp av sansehagar og liknande for å sikre bevegelsesfridom.
Garden, M-H. & Hauge, S. (2012)	Hensikta med studien var å få innsikt i korleis	Studien nyttar ein kvalitativ forskingsmetode,	Det deltok åtte sjukepleiarar frå åtte	Studien konkluderer med at sjukepleiarar

<p><i>”Kampen for pasientens beste – sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens”</i></p>	<p>sjukepleiarar opplev å nytta tvang mot personar med demens.</p>	<p>med eit livsverd-design for å beskrive opplevinga. Det vart utført individuelle djupne intervju, som vart tatt opp på lydband.</p>	<p>forskjellige kommunar i Noreg, til saman tre forskjellige fylker. Erfaringa frå demens-omsorga blant sjukepleiarane som deltok var alt frå 1-30 år.</p>	<p>opplev tvang som ein kamp for pasientens beste, til tross for at pasientens beste blei opplevd som uklart. Sjukepleiarane som utøvde tvang opplev kjensler som skam, skuld og sinne.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------