



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	23-04-2018 12:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	25-04-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)	Studiepoeng:	12
SIS-kode:	203 SYKSB3001 1 PRO 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 314

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Hindre tuang i demensomsorgen.

Antall ord *: 8999

Tro- og loverklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
uitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Hindre tvang i demensomsorgen.

Prevent coercion in dementia care.

Kandidatnummer 314

Bachelor i sykepleie
Fakultet for helse- og omsorgsvitenskap
Høgskolen på Vestlandet Campus Stord
Rettleier: Christine
Innleveringsdato: 25.04.2019

Jeg stadfester at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildetilvisinger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskolen på Vestlandet, § 10.*



Dementia.(Photography). Retrieved from Encyclopædia Britannica Image Quest.

https://quest-eb-com.galanga.hvl.no/search/Dementia/7/158_2438800/Older-People

HINDRE TVANG I DEMENSOMSORGEN.

Bacheloroppgave i sykepleie
Høgskolen på Vestlandet Stord 2016

Kandidat nr: 314

Innleveringsdato: 25.04.2019

Antall sider: 43

Antall ord: 8999

Sammendrag

Tittel: Hindre tvang i demensomsorgen

Bakgrunn: Tvang synes å bli mye brukt i den daglige omsorgen hos personer med demens i sykehjem og er en stor utfordring i dagens helsevesen. I løpet mine praksiserfaringer har jeg vitnet til flere episoder hvor tvang er blitt utført noe som oppleves ubehagelig og ikke minst krenkende for personen med demens som blir utsatt for tvang.

Problemstilling: «Hvordan kan sykepleier bidra til å hindre bruk av tvang i møte med personer med demens i sykehjem?».

Oppgavens hensikt: Hensikten med oppgaven er å få ny kunnskap og øke min forståelse til hvordan sykepleier kan hindre bruk av tvang til personer med demens i sykehjem. Med dette må jeg utforske hvorfor tvang oppstår og hvordan sykepleiere kan bidra til å hindre bruk av tvang.

Metode: Litteraturstudie. Det ble søkt etter forskningsartikler i databaser som CINAHL, PubMed, Svemed+ og Sykepleien forskning. Forskningsartiklene presenteres i oppgaven og drøftes sammen med faglitteratur, omsorgsfilosof Kari Martinsen og sosialpsykolog Tom Kitwood sin teori om personsentrert omsorg.

Resultat: Forskning viser at tvang forekommer hyppigst i still situasjoner der pasienten motsetter seg hjelp og ved uønsket atferd, uro, og vandring. Studier viser at personalet prøver alternative strategier for å unngå tvang men det strekker ikke alltid til på grunn av mangel på ressurser og faglig kompetanse.

Oppsummering: Oppgaven viser at tvang er et vanskelig tema og at det ikke finnes noen enkle svar på hvordan det kan løses. Å benytte alternative strategier for å unngå tvang i demensomsorgen er tidkrevende men det er en nødvendighet. For å klare det er man avhengig av at helsepersonellet har nok faglig kunnskap og tilstrekkelig med ressurser i sykehjemmene. Flytte fokuset fra oppgavesentrert til personsentrert omsorg og se hele mennesket bak diagnosen. Tverrfaglige diskusjoner og refleksjoner blant helsepersonellet vil øke bevisstheten og ha betydning for å hindre bruk av tvang.

Nøkkelord: Demens, Tvang, Personsentrert omsorg, Sykehjem.

Abstract

Title: Prevent coercion in dementia care.

Background: Forced care seems to be widely used in the daily care of people with dementia in nursing homes and is a major challenge in today's health care. During my work experience, I have witnessed several episodes where coercion has been performed which is perceived as unpleasant and, not least, disruptive to the person with dementia being subjected to coercion.

Research question: "How can nurses prevent the use of coercion of people with dementia in nursing homes?"

Aim: The purpose of the task is to gain new knowledge and increase my understanding of how the nurse can prevent the use of coercion for people with dementia in nursing homes. With this, I must explore why coercion occurs and how nurses can help prevent the use of coercion.

Method: Literature study. Research papers were sought in health-approved databases such as CINAHL, PubMed, Svemed+ and the Nursing journal. These are presented in the thesis and discussed together with academic literature, care philosopher Kari Martinsen and social psychologist Tom Kitwood's theory of person-centered care to answer the issue.

Findings: Research shows that coercion occurs most frequently in nursing situations where the patient opposes help and in case of unwanted behavior such as wandering around and unrest. Studies show that staff try alternative strategies to avoid coercion, but it does not always extend due to lack of resources and professional competence.

Conclusion: The task shows that coercion is a difficult topic and that there are no simple answers on how to solve it. Using alternative strategies to avoid restraint in dementia care is time consuming but it is also a necessity. To achieve this, one depends on the health personnel having enough professional knowledge and sufficient resources in the nursing homes. Move the focus from task-centered to person-centered care and see the entire person behind the diagnosis. Interdisciplinary discussions and reflections among health care personnel will increase awareness and have significance in preventing the use of coercion.

Keywords: Dementia, coercion/restraint, person-centered care, nursing homes.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	8
1.2 Oppgavens hensikt og sykepleie fagligforankring.....	8
1.3 problemstillinger	8
1.4 Avgrensing og presisering.....	9
2. Teori	9
2.1 Hva er tvang?	9
2.2 Demens og utfordrende atferd.....	10
2.2.1 Grad av demens	11
2.3 Personsentrert omsorg.....	11
2.4 Brukermedvirkning (Empowerment) i demensomsorgen.....	12
2.5 Autonomi versus paternalisme	13
2.6 Sykepleieteoretiker Kari Martinsen	13
3. Metode	14
3.1 Litteraturstudie som fremgangsmåte	14
3.2 Fremgangsmåte for artikkelfunn/søk.....	15
3.3 Søk i databaser/ Funn av artikler	15
3.4 Metodekritikk.....	17
3.5 Kritisk vurdering av artikler	18
3.6 Forskningsetikk.....	19
4. Funn / Litteratur	19
4.1 Presentasjon av forskningsartikler	19
4.2 Oppsummering av resultatene.....	22
5. Drøfting	23

5.1 Tvang.....	23
5.2 Faktorer til bruk av tvang.....	23
5.3 «Hvordan kan sykepleier hindre bruk av tvang i demensomsorgen?».....	25
5.3.1 Forståelse av utfordrende atferd	26
5.3.2 Refleksjoner i felleskap.....	27
5.3.3 Relasjonskompetanse	27
5.3.4 Kommunikasjon som grunnlag for en relasjon.....	28
5.3.5 Fra oppgavesentrert til personsentrert omsorg	29
5.4 Tvang for pasientens beste? Dilemma mellom pasientens autonomi og paternalisme. .	30
6. Avslutning.....	31
7. Referanseliste.....	32
Vedlegg 1. Oversiktstabell	36

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Verdens helseorganisasjon (WHO) utpekte i 2012 at demens var vår tids største folkehelseutfordring på verdensbasis. I følge «Demensplanen, 2015» har rundt 66 000 personer demens i Norge og det er trolig enda flere som ikke er registrert og som vi ikke vet om. Det er forventet at forekomsten av demenssykdommer vil fortsette å øke og antall personer rammet av demens vil være fordoblet til 135 000 innen 2040 (Helse og omsorgsdepartementet, 2011). Demensomsorgen er en av de største omsorgsutfordringene helsevesenet i Norge står over. I følge «Demensplanen 2015» har demens vært lavt prioritert i helsetjenesten. Tjenestetilbudet har ikke vært tilrettelagt verken bygningsmessig, organisatorisk eller faglig for personer med demens og kognitiv svikt. Det er mangel på kontinuitet, ressurser og kunnskap i tjenestene (Helse og omsorgsdepartementet, 2011). Gjennom utdanningen min og arbeidserfaringer har jeg erfart at det har blitt utført mye tvang i den daglige omsorgen til personer med demens på sykehjem. Etter erfaring i praksis på institusjon, sykehus, og i hjemmesykepleien har jeg møtt mange mennesker som er blitt rammet av sykdommen demens. Hvor det har oppstått flere etiske problemstillinger om bruken av tvang på hva som er det rette å gjøre når pasientene ikke er i stand til å ta egne beslutninger og valg. Jeg har selv vært vitne til tvangsdussing, fysisk holdning av hender ved stell, begrensning av bevegelsesfrihet i form av beltefast spenning i rullestol, sengehester, ringesnorer festet i pasientens trøye og beroligende psykofarmaka tabletter skjult sammen med mat. Jeg har erfart at sykepleier og annet helsepersonell var usikre i møte med pasienter med demens med utagerende atferd som viste motstand.

1.2 Oppgavens hensikt og sykepleie fagligforankring

Hensikten med oppgaven er å få ny kunnskap og øke min forståelse til hvordan sykepleier kan samhandle med personer med demens. Jeg ønsker å få dypere innsikt og synliggjøre hvilke situasjoner er det som oppstår som fører til at sykepleier benytter seg av tvang til personer med demens. Jeg ønsker i oppgaven å finne ut hvordan sykepleier kan hindre bruk av tvang til personer med demens i sykehjem.

1.3 problemstillinger

«Hvordan kan sykepleier hindre bruk av tvang i møte med personer med demens i sykehjem?»

1.4 Avgrensning og presisering

Jeg har valgt å ha hovedfokus på hvordan sykepleier kan hindre bruk av tvang i møte med personer med demens som bor på sykehjem. Videre vil jeg belyse hva som defineres som tvang og finne ut hvilke situasjoner som utløser bruk av tvang. Deretter vil jeg finne ut hvordan sykepleier kan legge til rette slik at tvang ikke benyttes i demensomsorgen. Ut i fra min problemstilling har jeg valgt å avgrense oppgaven med personer med moderat til alvorlig grad demens. Jeg utelukker mild grad av demens da vedkommende klarer seg som regel hjemme med tilrettelegging og hjelp (Berentsen, 2010, s.355). Jeg forholder meg til pasienter som bor på institusjon i form av sykehjem på lukket eller skjermet avdeling. Pårørende har nok en vesentlig rolle i temaet, men jeg velger å ikke fokusere på pårørende som ressurs da dette blir for stort i forhold til oppgaven. Jeg vil finne forskning og litteratur hvordan helsepersonell kan redusere bruk av tvang til personer med demens. Jeg vil ta utgangspunkt fra sentrale elementer fra omsorgsfilosofen Kari Martinsen sitt syn på omsorg og sosialpsykologen Tom Kitwood (1999) sin teori om personsentrert omsorg.

2. Teori

2.1 Hva er tvang?

«Tvang er fravær av samtykke» i følge den juridiske definisjonen (Johnsen & Smebye, 2008, s.210). Med tvang så mener en trussel om atferd, en handling mot en persons vilje eller væremåte. Ettersom tvang strider mot pasienten egen vilje kan det oppfattes som inngripende på pasienten verdighet og integritet. Kirkevold, 2005 definerer tvangstiltak som bruk av redskap som hindrer pasienten bevegelsesfrihet eller tilgang til egen kropp, fysisk holdning ved undersøkelse eller behandling, og i forbindelse med omsorgstiltak, overvåking med elektroniske hjelpemidler og tilsetning av medisiner i mat og drikke uten beboernes vitende vilje (Johnsen & Smebye, 2008, s. 208-209). All bruk av tvang forutsetter hjemmel i lov. I følge kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven(1999) skal gi helsepersonell adgang til å kunne yte nødvendig helsehjelp til pasienter som motsetter seg helsehjelp og som mangler samtykkekompetanse. Kapitlet har som formål å forebygge helseskade og samt begrense bruk av tvang. For at helsepersonell skal kunne yte tvungen helsehjelp inneholder loven strenge vilkår. Helsepersonellet skal først prøve å legge til rette for helsehjelp uten å bruke tvang hvor tillitsskapende tiltak skal ha vært forsøkt først. Dersom pasienten fortsatt opprettholder sin motstand kan en vurdere adgang til helsehjelp med tvang dersom unnlattelse kan føre til vesentlig helseskade, helsehjelpen anses som nødvendig og tvangstiltakene står i

forhold til pasientens behov for helsehjelpen. Helsehjelp med tvang skal kun gis etter en helhetsvurdering som viser at tvang er løsning for pasienten beste. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999): §4-3 sier at samtykkekompetanse kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten ikke er i stand til å forstå hva samtykke innebærer. Det er den som yter helsehjelpen som avgjør om pasientens mangler samtykkekompetanse. Avgjørelser som gjelder manglende samtykkekompetanse skal være begrunnet skriftlig og legges frem for pårørende. Der det er mulig, skal de innhente informasjon fra nærmeste pårøre til pasienten om hva pasienten ville ha ønsket, før vedtak §4A-5 befattes.

2.2 Demens og utfordrende atferd

Demens er en progredierende kognitiv hjernefunksjonssvikt. Diagnosen diagnostiseres ved bruk av internasjonale klassifikasjonssystemet ICD-10. Demens er en hjerneorganisk sykdom som er kronisk og forverrer seg som ofte over tid. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktene evner til å klare dagliglivets aktiviteter og endret atferd er vanlig (Berentsen, 2008, s.45).

Personer med demens kan ha atferds utfordringer som følge av sykdomsutvikling.

Å leve med demens oppleves for svært mange som en stor påkjenning som medfører atferdsmessige og følelsesmessige symptomer. Opplevelsen av stadig tap og sviktende evne til mestring vil kunne gi depresjon. Andre atferdsmessige symptomer som kan oppstå er angst og usikkerhet, vrangforestillinger, feiltolkninger, hallusinasjoner, apati, irritabilitet og aggressivitet (Rokstad,2008, s.43-44). Hjelpsomheten med at de ikke alltid klarer å uttrykke egne ønsker og behov , kan føre til aggressiv atferd og urolighet, både verbal og fysisk motstand. Cohen-Mansfiels 2001 (i Rokstad, 2008, s.184) beskriver utfordrende atferd hos personer med demens som en reaksjon på umøtte behov. Den utfordrende atferden kan føre til vanskelig situasjoner mellom pasient og helsepersonell som resultere ofte til at helsepersonell yter tvang. Det er viktig at sykepleiere danner seg en forståelse på hvorfor og hvilken bakenforliggende faktorer som påvirker personens atferd når en sykepleier velger hvordan de skal møtes (Rokstad, 2008, s.44).

Demens deles inn i tre hovedgrupper: Degenerative hjernesykdommer, vaskulær demens og sekundær demens. I følge Bertelsen (2015, s.326) er 70 % av alle demenstilstander Alzheimers som er degenerative forandringer hjernevevet. Det vil si at hjernecellene dør . 10 % over 65 år har denne sykdommen og forekomsten øker med alderen. Typiske symptomer

på Alzheimers sykdom er progredierende hukommelsessvikt, nedsatt tenkeevne og personlighetsforandring. Vaskulær demens utgjør 20 % og vanlige symptomer på vaskulærdemens er endret personlighet, angst, depresjon deretter oppstår det økende kognitiv svikt og vansker med hukommelse. Andre demenstilstander er sekundær og utgjør ca.10 % som kommer av andre årsaker som langvarig alkoholmisbruk, svulster eller mangel på B12 vitamin (Bertelsen,2015, s.326-327).

2.2.1 Grad av demens

Ved mild grad av demens klarer personen seg hjemme ved litt hjelp og tilrettelegging i hverdagen. Glemsomheten til personen fører til at dagene går i surr og glemmer å handle matvarer. Ved moderat grad av demens er personen avhengig av hjelp. Personen mister taket på tilværelsen og klarer ikke dagligdagse gjøremål som stell og påkledning. Personen klarer ikke lengre å forstå konsekvenser av handlinger eller ta valg på grunn av hukommelsen er så svekket. Kommunikasjonsproblemer oppstår på grunn av manglende evne til å forstå og uttrykker seg. Fortvilelse, sinne, angst og depresjon er ofte resultatet når personen mister flere av sine funksjoner. Ved alvorlig grad av demens har personen behov for kontinuerlig tilsyn. Personen er ikke klar og orientert for tid, sted og situasjon. Vedkommende gjenkjenner ikke familiemedlemmer og husker kun få puslebiter fra sitt tidligere levde liv. Demensen medfører omfattende handlingsvikt. Hvor personen ikke klarer å sortere stimuli og alt oppleves som kaos. Begrenset styring av bevegelser, ordforråd, og manglende evne til å tolke sanseintrykk (Berentsen, 2010, s. 355).

2.3 Personsentrert omsorg

I praksis betyr personsentrert omsorg å verdsette mennesker med kognitiv svikt og samt verdsette personalet som har omsorgen for dem (Rokstad,2014, s.31). Begrepet personsentrert omsorg bygger på en tidligere definisjon av den britiske sosialpsykologen Tom Kitwood (1999). Hovedfokuset til Kitwood (1999) var at personen skulle komme før diagnosen og behandling. Kitwood sitt ønske var å ta fokus vekk fra sykdommen og heller ha fokus på selve personen med demens sin opplevelse av sin virkelighet. Han la vekt på å bevare personen med demens sitt personvern gjennom hele sykdomsforløpet. Kitwood mener det finnes et genuint i alle menneske tross grad av kognitiv svikt og at en skal møte kvar enkelt menneske som unikt, prøve å forstå personens bakgrunn og livshistorie samt verdsette mennesket (Rokstad, 2014,s.28). I følge Kitwood (1999) innebærer det å være en person å ha menneskeverd. Kitwood (1999) definere ordet «Personhood» som den status eller verdi som

tildeles et menneske av andre i mellommenneskelige forhold og sosiale relasjon, og som innebærer gjenkjennelse, respekt og tillit (Rokstad, 2014, s.22).

McCormack & McCance (2010) beskriver fire nøkkelementer i personsentrert omsorg som baserer seg på Kitwood (1999) sin teori. Det første innebærer å verdsette mennesket med demens. Den enkelte person med demens skal respekteres og bli møtt som et fullverdig medlem av samfunnet gjennom hele sykdomsforløpet. Nedlatende og diskriminerende holdninger skal unngås overfor personer med demens. Videre skal en skal en tilpasse en individuell omsorg til hver enkelt menneske med demens og dens pårørende. Den tredje er å ha forståelse og se behovet for personen med demens i sitt perspektiv. Og til slutt er det avgjørende med et støttende sosialt miljø slik at personen med demens kan leve så godt liv så mulig tross for sykdommen (Rokstad, 2014, s.25). Kitwood (1999) understreker at vi må legge vekt på den enkeltes opplevet og håndtering av sitt liv med sykdommen (Rokstad, 2008, s.70).

2.4 Brukermedvirkning (Empowerment) i demensomsorgen.

Demens er en sykdom som utvikler seg over flere år og som resultere i gradvis reduksjon i evnen til medbestemmelse i sin hverdag. Ideen om Empowerment i helsetjenesten hevdes å være et oppgjør mot paternalismens sterke tendens til umyndiggjøring eller enveiskommunikasjon overfor hjelpetrequende pasienter (Kristoffersen, 2011, s.338).

Hensikten med Empowerment er å tilrettelegge for frivillighet i helse og omsorgstjeneste. Medvirkning handler om å delta i beslutningsprosesser som angår seg selv. Gjennom at pasienten blir spurt, lyttet til og lar deres perspektiver prege utformingen av hjelpen som gis. Sykepleieren er eksperten på det faglig området, men derimot pasienten er eksperten på seg selv og sitt liv. Brukermedvirkning er ikke noe sykepleier kan velge vekk, det er et lovpålagt krav (Kristoffersen, 2011, s.338-339). Brukermedvirkning er også regulert i pasient-og brukerrettighetsloven (1999): § 3-1 pasientens rett til medvirkning i sin behandling.

Kompetansen hos personer med demens kan variere ut i fra flere ulike omstendigheter og ut i fra hvordan personen føler seg møtt og behandlet på (Johnson & Smebye,2008,s.225).

Ved at personer med demens får medvirkning i sin situasjon vil det styrke opplevelsen av integritet (Anderson 1994; Norberg 1996) øke trivsel og velvære (Graneheim, Norberg og Jansson 2001) og samt styrke selvfølelsen (Kitwood 1997).

2.5 Autonomi versus paternalisme

Autonomiprinsippet handler å la pasienten bestemme over seg selv og ta beslutninger som angår han selv og sin behandling. Helsepersonellets plikt til å gi tilpasset informasjon er helt grunnleggende for at pasienten skal være i stand til å utøve sin autonomi (Kristoffersen & Nortvedt, 2012, s.101-102). Personer med demens klarer ikke alltid å ta avgjørelsen som er det beste for en selv. Tross for demenssykdommen kan pasienten være kompetent til å ta noen avgjørelsen, men forstår ikke konsekvensene av sine valg. Samhandlingen mellom sykepleier og personen med demens skal skje med respekt og pasienten skal bli behandlet med menneskelig frihet til å ta selvstendig valg, og da er det et forutsetning at forholde mellom sykepleier og pasient er likeverdig. Å ta beslutninger for pasienten kommer inn under paternalisme som betyr «far bestemmer» (Slettebø, 2013, s.105). Sykepleieren må i enkelte situasjoner bestemme hva som er til pasientens beste ut i fra sin forståelse av situasjonen, uten at pasienten er med i avgjørelsen. Det er midlertidig avveiningsspørsmål hva som er til pasientens beste, samt når det foreligger i juridisk hjemmel for tvangstiltak. Det skal utøves godt skjønn når en skal vurdere hva som er pasienten beste. For mye paternalisme hvor sykepleieren alltid vet hva som er best for pasienten kan føre til at sykepleieren gir for mye hjelp og fratrar pasienten initiativ. Som resultere til lært hjelpeløshet og overformynderi (Johnsen & Smebye, 2008, s.227).

2.6 Sykepleieteoretiker Kari Martinsen

Oppgaven bygger på omsorgsfilosofen Kari Martinsen. Kari Martinsen er en norsk sykepleieteoretiker som har stadig videreutviklet sin omsorgsfilosofi gjennom sitt lange forfatterskap. Mye av hennes tenkning om omsorgsetikk bygger seg på teologen Knut Løgstrup (Kirkevold, 1998, s.168). I følge Martinsen er omsorg et mål i seg selv, en måte å forholde seg til andre mennesker på (Martinsen,2003). Martinsen oppfatter mennesker som fundamentalt avhengig av hverandre og omsorgen er svaret på avhengigheten. Omsorg er sykepleierens verdigrunnlag. Martinsen trekker frem tre sider ved omsorgsbegrepet. Det relasjonelle, praktiske og det moralske. Relasjonelt begrepet omhandler forholde mellom to mennesker; sykepleier og pasienten. Praktiske begrepet omhandler utførelse av konkrete situasjonsbetingede handlinger basert på forståelse for hva som er til pasienten beste og til slutt moralsk begrep basert på prinsippet om ansvar for de svakeste som omsorgen (Slettebø, 2014, s.75). Innenfor vedlikeholdsomsorgen mener Martinsen at sykepleie som yrkesmessig omsorg er primært å ta ansvar for de mest pleietrengende og svakeste pasientgruppene. For å kunne handle omsorgsfullt må en ha forståelse for pasientens situasjon

(Kirkevold,1998,s.171). Sykepleieren er ekspert på det faglig området, men derimot pasienten er ekspert på seg selv og sitt liv. Det vil si at sykepleier må benytte sin faglige merforståelse slik at den har hensikt til å omfatte den enkelte pasient mest mulig. Martinsen beskriver hvordan sykepleieren skal forholde seg til pasienten slik: *«Sykepleieren har en fagkunnskap som pasienten ikke har. I den forstand er hun suveren. Men utfra en lydig, lyttende holdning til pasienten lar hun den andre få komme til sin rett. Hun hører, ser, forstår og tar i mot den andres inntrykk. Hun hersker ikke over den andre ved å over-se han. Hun ser faglig og praktisk til han ut fra nærværets mottakende etikk båret oppe av den forenende motsetning mellom åpenhet og tilbakeholdenhet: 2003b.s.176-177»* (Kristoffersen,2011,s.253-254).

Personer med demens er ofte i en sårbar situasjon hvor en er hjelpetrengende og står ofte i et avhengighetsforhold til å klare helt vanlige hverdagslivssystemer. I slike situasjoner er det godt at sykepleier har evner til å se hva pasienten behøver uten at han må fortelle det. Sykepleieren skal handle moralsk og ha respekt for den svake pasienten når han/hun ikke har krefter til å heve sine egne rettigheter (Slettebø, 2013, s.76-77). Sykepleier står samt i fare for å overta mer ansvar for den svake pasienten enn hva som kan rettferdiggjøres (Slettebø, 2013, s.77).

3. Metode

I følge Dalland (2010, s.83) er metode en fremgangsmåte til å løse problemer eller finne svar på en problemstilling og for å frembringe ny kunnskap.

3.1 Litteraturstudie som fremgangsmåte

Oppgaven bygger på litteraturstudie som har i likhetstrekk med en generell litteraturstudie som Fosberg & Wengstrøm (2013) beskriver det. Litteraturstudie basere seg på en tydelig problemstilling og finner forskningslitteratur og faglitteratur som kan være med å belyse og besvare problemstillingen. Hensikten med litteraturstudien er å skaffe informasjon, aktuell kunnskap og hva forskningsresultater sier på den aktuelle problemstillingen (Thidemann, 2014, s.81-82). Innholdet i en litteraturstudie er allerede eksisterende kunnskap som er presentert i artikler, som en hentes ved å søke i databaser (Støren, 2103.s.17). Magnus og Bakketeig (2002) påpeker at litteraturstudie skaper ingen ny kunnskap, men nye erkjennelser kan komme frem når man sammenstiller kunnskap i fra flere forskningsartikler (Støren, 2013.s.17).

3.2 Fremgangsmåte for artikkelfunn/søk

Problemstillingen er utgangspunktet for søkeprosessen. Fremgangsmåte for å finne forskningsartikler gjorde jeg ved å søke i databaser og utvidet søk. Jeg benyttet meg av Høyskolens sine helsefaglige databaser CINAHL, Pubmed, Svemed+ og samt sykepleien forskning. Når jeg søkte i de internasjonale databasene satt jeg ordene over til engelsk. Ordene jeg brukte var: dementia, restraint, nursing homes, coercion. Jeg utførte først søk på hver enkelt ord og deretter brukte jeg ved hjelp av kombinasjon ordet «AND», den boolske operatoren. Jeg begrenset også utvalg prosessen når jeg fikk opp for mange treff. Dette gjorde jeg ved å redigere publikasjons år. Forskningsartikkel «Hvordan påvirker Marte meo-veiledning personalets opplevelser av egen mestring i demensomsorgen?» og «Dementia care mapping – en mulighet for refleksjon og utvikling» fant jeg via kryssreferanse i faglitteraturen; Personer med demens -møte og samhandling av Anne Marie Rokstad, 2008. Jeg ønsket å utdype hva nyere forskning sier om metoden og personalets erfaringer i praksis. Forskningsartikkelen «Dementia care mapping- en mulighet for refleksjon og utvikling» har jeg benyttet i oppgaven men har ikke utdypet i metode delen grunnet avgrensning av ord. Forskningsartikkelen MEDCED studien (Tested et al.2015) fikk jeg anbefalt av min veileder. Søkeprosessen har jeg beskrevet i søketabell nedenfor.

Inklusjonskriterier: Forskning publikasjonene skal ikke være eldre enn 10 år. Forskingen skal være godkjent av etisk komite. Nordisk språk eller Engelsk. Sykepleie forskningsartiklene skal omhandle personer med moderat til alvorlig grad av demens og ha sykehjem/institusjon som setting. Samt må studiene ta for seg hvordan sykepleier kan redusere eller forebygge bruk av tvang i demensomsorgen.

Eksklusjonskriterier: Forsknings publikasjon ikke eldre enn 10 år. Forskningsartikler som omhandler mild grad av demens.

3.3 Søk i databaser/ Funn av artikler

Artikkel 1: søk i CINAHL 20.02.2019			
Nummer	Søkeord /term	Avgrensning (Limit)	Resultat (antall)
S1	Dementia		52 2377
S2	Coercion		2546
S3	S1 AND S2		18

S4	S3	Publication date last 10 years	14
----	----	-----------------------------------	----

Søk nummer 1 gav treff på artikkelen: “How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study” (Gjerberg et al.2013).

Artikkel 2: Søk i Pubmed , 20.02.2019			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning	Resultat
S1	Dementia		192098
S2	Restraint		24616
S3	Nursing home		61 303
S4	S1 AND S2 AND S3		177
S5	S4	Publisering 2014-2019	43

Videre gav søk nummer 2 treff på artikkelen: “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 trial (Testad et al.2015).

Artikkel 3 : Søk i database Svemed + 20.02.2019			
Nummer	Søkeord	Avgrensning	Resultat
S1	Dementia		1869
S2	Coercion		238
S3	S1 AND S2		16

Søk nummer 3 gav treff på artikkelen: Pleie og omsorg: Grenselandet mellom frivillighet og tvang (Hem et al.2010).

Artikkel 4: Søk i Database Svemed+ 20.02.2019			
Nummer	Søkeord	Avgrensning	Resultat
S1	Dementia		1869

S2	Coercion		238
S3	S1 AND S2		16

Søk nummer 4 gav treff på artikkelen: «Kampen for pasientens beste- Sykepleierens opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens» (Garden & Hauge, 2012).

Artikkel 5: Søk i Sykepleien forskning 09.03.2019		
Søkeord	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
Marte Meo		4

Søk nummer 5 gav treff på artikkelen: «Hvordan påvirker Marte meo-veiledning personalets opplevelser av egen mestring i demensomsorgen?» (Ytrehus & Hansen, 2011).

3.4 Metodekritikk

I følge Forsberg og Wengstrøm, (2013,s.52) innebærer metodekritikk å identifisere og diskutere eventuelle begrensninger eller svakheter med studien. Litteraturstudie som metode har vært et godt hjelpemiddel for å besvare problemstillingen. Litteraturstudien styrkes gjennom at jeg har brukt både kvantitativ og kvalitativ forskningsmetoder for å belyse problematikken og for å få ulike perspektiver. Den kvalitative forskningsmetoden førte til at jeg fikk bedre forståelse av helsepersonellens subjektive opplevelser, meninger, opplevelser, tanker og erfaringer rundt tematikken. Den kvantitative metode gir oversikt over utvikling og forekomst statistisk sett (Dalland,2010).

For å finne relevante og kvalitet artikler gjorde jeg søkene i anbefalte faglige databaser gjennom Høyskolens bibliotek. Jeg har samt beskrevet søkeprosessen tydelig i oppgaven. Jeg har samt fulgt høyskolens akademiske retningslinjer når jeg har kildehenvist. Det er spesielt viktig, for å ikke få plagiat.

Tre av forskningsartiklene; Hem et al.(2010) , Gjerberg et al.(2013) og Pedersen et al.(2013) som jeg benytter i oppgaven er basert på samme primær studie og samme forskere. Kan være en svakhet grunnet et brede perspektiv kan falle bort. Likevel synes alle tre artiklene å være relevante i til oppgavens problemstilling og artiklene forsterkes ved at studien er utført i Norge.

To av forskningsartiklene er på språket engelsk, som gjør at det er tyngre å lese og forstå uttrykk og mening. Jeg har måtte søkt på en del ord på google translate. Og da blir det en svakhet er at det ikke alltid er korrekt oversettelse og poenger kan misforstås, ordets betydning og forfatterens intensjon kan bli endret.

Svakhet med oppgaven er at jeg ikke har fått så mye av pasientens subjektiv opplevelse av tvang i sykehjem. Videre trengs det mer forskning og kartlegging av pasientens opplevelser og erfaringer av problemet og deres synspunkt.

3.5 Kritisk vurdering av artikler

Hensikten med kildekritikk er å se hvilken relevans og gyldighet den valte litteraturen har i forhold til min problemstilling (Dalland,2010.s.66). I følge Leth og Thuren (2000) er kildekritikk metode for å skulle verifiserte opplysninger fra spekulasjoner (Dalland,2010, s.66). Når jeg vurderte artiklene så jeg på om de hadde en klar formulert problemstilling, om den sammenfalt min problemstilling, om metoden var velegnet, hva resultatene viste, og til slutt om jeg kunne stole på dem og bruke det i min problemstilling og praksis. Deretter satte artiklene inn i en oversiktsmatrise som jeg viser i vedlegg på slutten av oppgaven. Artiklene ble kritisk vurdert ved bruk av sjekk lister fra nasjonalt kunnskapscenteret for helsetjenesten (2008), for å bedømme artiklenes gyldighet. Flere av studiene har lignende resultater, noe som gjør at de underbygger hverandre. Jeg er fornøyd alt i alt med valg av forskning artikler og litteraturen som jeg belyser oppgavens problematikk. Funn fra studiene er relevante til å brukes i oppgaven og har god relevans som jeg kan ta med meg videre i praksis.

Studien av Gjerberg et al.(2013) viser oversikt over hvilke alternative strategier helsepersonell bruker for å redusere tvang. Konkrete sykepleietiltak ble fremhevet og kan overføres i praksis for å hindre bruk av tvang. Artikkelen er på språket Engelsk og studien er gjennomført i Norge. Som kan være en svakhet ved oversettelse. Studien har god relevans med problemstillingen og at den er gjennomført i Norge og etter ny lovgiving.

Studien Hem et al.(2010) viser innsyn i hva helsepersonell definerer som tvang og de typiske situasjonene som oppstår hos personer med demens motsetter seg pleie og behandling. Studien viser gråsonene mellom frivillighet og tvang. Helsepersonell belyser hvilke strategier de utfører til pasienter som motsetter seg helsehjelp. Studien er gjennomført i Norge og anses som relevant.

Studien Tested et al, (2015) tydeliggjør at nasjonale strategier og intervensjonsprogram kan være med å forbedre demensomsorg og samt et større fokus på person-sentrert omsorg i Norge og internasjonalt. Studien er gjennomført i Norge og er aktuell og relevant.

Studien av Ytrehus & Hansen, (2011) viser at veiledningsmetoden har god effekt for å forbedre samhandling, skape god relasjon, øke bevisstheten som igjen kan være med på å forebygge bruk av tvang til personer med demens. Svakheter med studien er utvalget på det ene sykehjemmet var en blandingsavdeling med både somatiske, psykiatriske og demente pasienter. Likevel relevant forskning å ha med til å besvare problemstillingen.

Studien av Garden & Hauge (2012) tar også for seg hvordan sykepleier i demensomsorgen opplever bruk av tvang i hverdagslige omsorgssituasjoner og påpeker hvilke faktorer som fører til bruk av tvang. Artikkelen synes å være aktuell for å besvare oppgaven.

3.6 Forskningsetikk

Når en skal bruke litteraturstudie bør etiske overveielser vurderes i forkant i forhold til presentasjon av resultat. Det er samt viktig å velge forskningsartikler som er godkjent fra etisk komite eller hvor gjennomføring av etisk overveielser er gjort (Forsberg og Wengström, 2013, s. 69-70). Alle forskningsartikler som jeg har brukt i oppgaven er godkjent av etisk komite og er fagfellevurderte.

4. Funn / Litteratur

4.1 Presentasjon av forskningsartikler

1. «How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study».

Denne norske kvalitative studien av Gjerberg et al. (2013) belyser ansattes erfaringer og synspunkter på bruk av tvang på sykehjem. Hensikten med studien var å undersøke hvordan helsepersonellet håndterte utfordrende situasjoner hvor pasienter motsetter seg behandling og pleie. Forskningsartikkelen hadde en kvalitativ tilnærming og bestod av tverrfaglig fokusgruppe intervju. Funn i studien viste at helsepersonell brukte mye tid på å bruke ulike tilnærmingemetoder for å unngå bruken av tvang. Avledning og overbevisning var det mest brukte strategiene. Helsepersonalet var samt bevist på språkbruken, en- til-en omsorg, skjerming, fleksibilitet som å bytte personalet eller utsette og prøve senere. For å bruke disse strategiene var kompetansen til de ansatte avgjørende. Tvang opplevdes ubehagelig for de personalet og ble kun brukt dersom disse strategiene ikke fungerte. Personalet hadde økt

bevissthet om reformen pasient-og brukerrettighetsloven og da ble tvang sitt som sist utvei. De var også opptatt av bruken av kommunikasjon, de var bevist på hva de sa til enhver tid, informerte og veiledet i stedet for å be pasienten om utføre konkrete oppgaver. Videre blir det beskrevet at helsepersonell skal bygge opp tillitt til pasienten som et tiltak. Personalet må prøve å få pasienten til å forstå at det er til sitt eget beste å motta behandling og pleie. Sykepleierne uttrykte også viktigheten av å ha kjennskap til pasienten, preferanser og den historie for å forstå hvorfor pasienten ikke vil ha pleie eller behandling. Tilstrekkelig med personalressurser samt kjente og kvalifiserte ansatte med god holdning vil føre til styrket forhold til pasienten som vil medføre mindre bruk av tvang og ivareta pasientens behov er en forutsetning for å lykkes.

2. «Pleie og omsorg: grenselandet mellom frivillighet og tvang».

Hensikten med studien var å sette lys på de typiske situasjonene som oppstår hvor personer med demens motsetter seg pleie og behandling. Tvang var helt klart et sårbart tema og deltakerne i studien gidde uttrykk for av det var hårfin linje mellom frivillighet og tvang i demensomsorgen etter egne erfaringer. Det var tydelig at tvang fantes som oftest sted i stellesituasjoner som dusjing, vasking, negleklipp, tann og munnstell. Situasjonene startet som regel positivt og med frivillighet men vippe raskt over til motsatt retning i motstand og resulterte med tvang. Det var ulike erfaringer og ulike strategier som ble gjennomført av pleierne. Noen fortsatte med pleien tross for personen med demens motsatte seg hjelpen, mens andre utsatte det og andre god snakket med pasienten for å gjennomføre uten motstand. Resultatene viste også at personalet brukte makt ved å «troppe mannsterke opp» og plassere seg i strategiske posisjoner rundt pasienten for å hindre bevegelsesfrihet eller for å stå klar for å gripe inn dersom nødvendig. Forskningen løfte frem hvor viktig det er å etablere god relasjon og skaffe tillit til pasientene med demens for å redusere tvang. Samt viktig å at personalet engasjere deg i diskusjoner og tar opp problematikken på arbeidsplassen. Det vil føre til bedre forståelse, bevisstgjøring av tvang og gi kunnskap om alternativer løsninger for å forebygge og redusere bruk av tvang til personer med demens (Hem et al.2010).

3. «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 trial»

Formålet med studien MEDCED var å evaluere effektiviteten av en tidligere revidert undervisningsintervensjon TFT syvtrinnsveiledning ble presentert og følget opp gjennom 2 undervisningsdager og deretter rettleiing over 6 måneder. TFT modellen; «trust before restraint» som på norsk betyr «tillit fremfor tvang». Hensikten med TFT modellen var for at helsepersonalet på 24 sykehjem skulle redusere bruk av tvang, agitasjon og antipsykotisk medisiner. Resultatene fra analyse data viste at det var overraskende lite bruk av tvang blant sykehjemmene. Det var kun registrert 19 % , 54 pasienter den siste uken i studiet. Det var flere former for tilbakeholdenhet som ble registrert. Strukturell form for tvang bestod blant annet av; overvåking, medisiner og belte fastspenning uten samtykke av pasienten. Hyppigste formen for relasjonell tvang var bruk av kraft i dusj eller stellesituasjoner i form for fysisk holding av hender, føtter og tvangsforing av mat. Resultatene fra helsepersonellet viste at mye av undervisning var kjent fra og noen var glade for å repetere kunnskap om tvang og demens relatert til Pasient og brukerrettighetsloven (2009):§4-A. Veiledningen tok grep på pasientsituasjoner som helsepersonalet opplevde som vanskelig, og som hadde eller kunne ført til tvang. Dei månedlige veiledningene til personalet førte til at de ble enige i felleskap om personsentrerte og tillitsskapende tiltak hvor alle fylte opp. Det medførte til et bedre still og forflytnings situasjoner og hindre bruk av tvang. Engasjerte ledere som fylte opp personalet var avgjørende for suksess (Tested et al. 2015).

4. «Hvordan påvirker Marte Meo veiledning personalets opplevelse av egen mestring i demensomsorgen?»

Bakgrunnen for studien var at myndigheten oppfordrer til fagutvikling og forskning innen demensomsorgen. Det er viktig å sørge for at helsepersonellet har tilstrekkelig kunnskap og forståelse for personer med demens sitt behov. Hensikten med studien var å evaluere betydning av Marte Meo veiledningsmetode har hatt hos helsepersonell som opplever vanskelig pleiesituasjoner i demensomsorgen på sykehjem og hvilke betydning og verdier metoden har hatt. Det ble benyttet kvalitativ metode med fokusgruppe intervju med helsepersonell på to ulike sykehjem et år etter at Marte Meo veiledningsmetode var gjennomgått på sykehjemmene. Mer utfyllende om metode og utvalg står i oversiktsmatrise lengre nede. Resultatene viser at metoden hadde positiv innvirkning på å redusere stress blant personalet, økt - mestring, fagkunnskap, samarbeid og bedre samhandling mellom pasient og helsepersonell. Metoden førte også til økt bevissthet over egen atferd i situasjoner med pasienten og bedre forståelse av pasienten reaksjonsmønstre. Enkelte personell mener

metoden kunne være med på hindre bruk av tvang i demensomsorgen (Ytrehus & Hansen, 2011).

5. «Kampen for pasientens beste- sykepleierens opplevelse å delta å bruk av tvang Overfor personer med demens».

Hensikten med studien til Garden & Hauge (2012) var å se hvordan sykepleiere opplever bruken av tvang overfor pasienter med demens i dagligdagse situasjoner. Det ble gjennomført individuelle dybdeintervju med 8 sykepleiere. Funnene presenterer fem ulike beskrivelser av sykepleierens opplevelser med bruk av tvang. Deltakerne beskrev opplevelse av å ikke forstå og ikke nå inn til pasienten. Til tross for at sykepleierne prøvde andre alternative strategier med individuell tilrettelegging og informasjon til pasientene om hva som skulle skje endte det som ofte med å bruke tvang fordi pasienten ikke forstod hva de ønsket å gjøre. Sykepleierne opplevde å ha skyld i pasientens negative opplevelse og motstand. De følte det som personlig og profesjonelt nederlag, samt som en belastning grunnet de følte de påførte pasientene fortvilelse og angst. Sykepleierne mente at hensikten med å benytte tvang som omsorgstiltak var å oppnå pasientens beste. Det var et skille mellom sykepleierne hvor opplevelsen av pasienten som tildekket eller tapt. Noen sykepleiere opplevde pasientene med kognitive svikt som tapt grunnet den kognitive svikten hvor de burde bruke rutiner og struktur for å ivareta det som de mente var pasientene eget beste og for å opprettholde fysisk funksjon og hygiene. Tvang oppstod der sykepleierne ønsket å ivareta pasientens verdighet og respekt. Andre sykepleiere tenkte på personen med demens sin følelsesmessige opplevelse når det ble gjennomført pleie og omsorgstiltak. Sykepleierne tolket pasientenes aggresjon som en reaksjon på tvangsbruk og tvangstiltaket var hovedårsaken til den utfordrende og aggressive atferden. Samt den fysiske utageringen var av og til årsaken til bruk av tvang. Det kom også frem at personalet kunne bli sinte i tvangssituasjoner som igjen var påvirket av trange rammer i form av kompetansemangel og arbeidspress førte til konsekvenser for bruken tvang.

4.2 Oppsummering av resultatene

Hovedfunnene i de fem valgte forskningsartiklene viser at tvang blir særlig benyttet i stell situasjoner hvor pasienten motsetter seg hjelp og ved uønsket atferd, uro, og vandring. Andre forhold som påvirker bruk av tvang er tidspress, lav bemanning, ukjent- og ufaglærte personell med manglende kompetanse om tvang og lovverket, kommunikasjonsproblemer, ressursmangel og lite engasjerende ledelse bidrar til bruk av tvang i demensomsorgen. Flere av forskningsartiklene tar for seg ulike strategier og metoder helsepersonellet bruker for å

hindre bruk av tvang. Etisk refleksjon, økt bevissthet, tilstrekkelig personalressurser, kompetanseheving, kontinuitet, fleksibilitet, funksjon støttende kommunikasjon. Flere av disse forutsetning må være til stede i utførelsen av pleie og omsorg for å møte utfordringene i demensomsorgen.

5. Drøfting

5.1 Tvang

Tvang er en handling mot en persons vilje, hindrer pasienten bevegelsesfrihet eller tilgang til egen kropp, fysisk holdning i forbindelse med omsorgstiltak (Kirkevold, 2005 i Johnsen & Smebye, 2008, s.208-209). Tvang kan for eksempel være å presse pasienten til å dusje mot hans vilje eller holde hendene slik at en får gjennomføre stellet tross for at pasienten motsetter seg det. Bruk av tvang kan virke krenkende for både pasienten som utsettes for det og for personalet som utfører det (Hem et al.2010). Tvangsbruken er regulert i pasient-og brukerrettighetsloven Kap 4A. Helsepersonellet skal først prøve å legge til rette for helsehjelp uten å bruke tvang i følge loven §4 A-3. Helsehjelp med tvang skal kun gis etter en helhetsvurdering som viser at tvang er løsning for pasienten beste. Dersom tvang benyttes skal det alltid være vedtak på det (Nortvedt,2012.s.164).

5.2 Faktorer til bruk av tvang

Studier viser at det er uønsket bruk av tvang til personer med demens i norske sykehjem (Tested et al, 2015, Hem et al, 2010, Gjerberg et al, 2013, Ytrehus & Hansen, 2012). Helsemyndighetene har som formål å forebygge og begrense bruk av tvang på sykehjem med det nye kapitlet 4 A i pasientrettighetsloven. Helsetilsynet har med jevne mellomrom tilsyn på sykehjemmene. I følge helsetilsynet landsomfattende tilsyn i 2011 og 2012 viser det seg at det var avvik eller lovbrudd i 89 av 103 kommuner når det kom til bruk av tvang. Tilsynets rapport viste innsikt i at retningslinjene og lovverket ikke var godt nok kjent og implementert i praksis blant sykehjemmene. Tilsyns rapporten viste at helsepersonalet var usikre på hva begrepet tvang innebære, mangel på kunnskap om lovverket om tvungen helsehjelp. Hvordan personalet skulle håndtere og identifisere motstanden. Når og hvordan pasientens evne til å gi samtykke til tvangstiltaket skal vurderes og hvem er den ansvarlige for å gjennomføre slike vurderinger. Tilsynet avdekket samt mangler på opplæringsbehov- og tiltak hvor det var utilstrekkelig styring og kontroll med bruk av tvang til pasienter i sykehjem (Helsetilsynet 2013).

I motsetning til de andre tidligere studier viser den nyere studien Tested et al.(2015) «trust before restraint» at det ble utført relativt lite tvang blant de 24 sykehjemmene. Det ble rapportert kun 19 % utførelse av tvang på pasientene den siste uken av studiet. 12,4% av 19 % bestod av strukturell tvang og 11,3 % var relasjonell tvang. Den hyppigste relasjonelle formen for tvang var i form for stell eller dusjing hvor pasienten gjorde motstand verbalt 8,4 %. Studien viser at det var lavt nivå av fysisk tvang og den hyppigste strukturelle form for tvang var belte festing uten pasientens samtykke og medisinerings i mat og drikke uten pasientens samtykke. Bruk av tvang blant de 24 sykehjemmene var mindre enn forventet og det antas at årsaken kan være det nye lov kapittelet 4A, pasientrettighetsloven som ble gjennomført i 2009 som har gjort endring demensomsorgen de siste årene (Tested et al.2015). Gjerberg et al. (2013) viser i sin studie at helsepersonell forsøker aktivt å begrense bruk av tvang ved hjelp av en «verktøykasse» full av strategier. En rekke tilnærminger er utprøvd med mellommenneskelig tilnærming og tvang ble siste utvei for å få gjennom en «nødvendig helsetjeneste». Uformell tvang er ikke regulert i lovverket, men knyttes til trusler, hvite løgner, avledning, overtalelse eller lignende (Øye,2015). Uformell tvang bør være siste utvei før en bruker strukturell eller relasjonell tvang. Deltakerne i studien Gjerberg et al.(2013) & Hem et al.(2010) sier at de bruker metoder som avledning, overtalelse, god snakke, «lirker og lurer» pasienten for å få gjennomføre pleie uten å måtte ty til formell tvang. Gjennom samtale og vennlighet prøver de å skape tillit, men når det heller ikke strekker til bruker de tvang.

Både Gjerberg et al. (2013) og Hem et al.(2010) hevder personalet at tvang synes å bli benyttet særlig i stellesituasjoner som dusjing, kroppsvask, tann og munnstell. I studien Hem et al.(2010) hevder personalet at det er dagligdagse aktivitetene som dusjing og personlig stell som oftest fremprovoserer aggressiv atferd og motstand hos pasienter med demens i sykehjem. I studien Gjerberg et al.(2013) kom det frem at stellesituasjoner og humøret til pasienten kunne endre seg fort. Stelle situasjoner startet som regel av frivillighet men kunne utvikle seg til en situasjonen hvor tvang ble anvendt. Den personlige hygienens kan oppleves som invasjon av privatlivet til personer med demens, hvor de ikke lengre har kontroll over sine intime soner. Deltakerne i studien Ytrehus & Hansen (2011) kunne gjennom å se videopptak av ulike dusje og stelle situasjoner se at personalets atferd var med å bidra til aggressiv atferd hos personer med demens. Høyt tidspress, manglende forberedelser, mangel på respekt av pasientens følelser og konfronterende kommunikasjon var noen av de som bidro til atferden. Studien Gjerberg et al.(2013) belyser at personer med demens kan ofte bli rastløse

og preget av angst dersom de er ukjente personell rundt de. Noe som igjen er en indikasjon på at det er nødvendig med kvalifiserte og faste ansatte i hverdagen til personer med demens. Har selv erfart at mye utskiftning med vikarer uten kompetanse i helger fører til mer uro på avdelingen.

Studien Hem et al. (2010) belyser ved å ikke bruke fysisk tvang førte til reduksjon av aggresjon blant pasientene. Når agiterte pasienter opptrer truende for andre pasienter eller helsepersonell blir ofte skjerming brukt for å roe ned pasienten og for å hindre at situasjonene ikke eskalerer og for å sikre kontroll. Gjerberg et al.(2013) skriver at helsepersonellet kunne ha medisinert den utagerende pasienten og skjermet han på rommet sitt. Men i stede for velger de å bruke en-til-en omsorg, hvor et personell er sammen med pasienten og lytter til hva pasienten har å si. På denne måten fikk pasienten uttrykket seg og fikk ut sin frustrasjon uten at personalet benyttet tvang. Dette skapte nærere forhold og tillit mellom pleier og pasient. På en annen side er det ikke alltid mulig på grunn av mangel av kontekstuelle faktorer som ressurser; bemanning, tid og kompetanse (Gjerberg et al.2013). Noe som må være til stede for å bruke alternative strategier fremfor tvang. Dette står i tråd med studien til Garden & Hauge (2012) også som hevder at mangel på tid og kompetanse har innvirkning på tvangsbruk i demensomsorgen. Mangel på personell og ressurser førte til at pasientene med demens ble mer urolige, konflikter og motstand oppstod. Helsetilsynet (2011) påpeker at tvang kun kan benyttes av hensyn til pasienten selv. Tvang skal ikke benyttes for å skåne andre pasienter eller helsepersonellet mot krevende oppførsel eller som oppfattes plagsom, eller som følge av kompetanse-eller ressursmangel. Deltakerne i studien Pedersen et.al (2013) var klar over at mangel på ressurser ikke en lovlig begrunnelse for tvang, men beskriver at realitetene passer ikke alltid med lovkravene. For å kompensere manglende ressurser, kompetanse og tilbud ble behovs medisiner alternativer tross mot pasienten vilje.

5.3 «Hvordan kan sykepleier hindre bruk av tvang i demensomsorgen?»

Flere studier viser at fleksibilitet i stellesituasjoner er aktuelt for å ivareta personen med demens selvbestemmelse (Gjerberg et al.2013, Hem et al. 2010 & Garden & Hauge,2012). Prøve senere, skiftning av helsepersonell og en til en omsorg ble beskrevet og kan ha betydning for å få utføre stellet med frivillighet. Personer med demens sitt humør kan endre seg fort og da kan da være bedre å avvente eller få noen andre til og overta (Hem et.al.2010). Flere av studiene belyser også at engasjert ledelse, tilstrekkelig ressurser, fleksibilitet, kjente og kvalifiserte ansatte med god holdning er avgjørende for å hindre bruk av tvang (Gjerberg et al, 2013, Hem et al, 2010, & Testad et al.2015). Det kan også være reelt å vektlegge

personsentrert personalbehandling, dette står i tråd med Kitwood (1999) teori. For at personalet skal kunne yte personsentrert omsorg som verdigrunnlag i praktisk arbeid er det samt viktig at personalet føler seg verdsatt av arbeidsgiver. Personalet bør føle seg anerkjent, respektert, inkludert av leder. Arbeidsforholdet skal bygges på gjensidig tillit for at personalet skal gi god direkte omsorg til pasientene som basere seg på det beste (Rokstad, 2014, s.31-32). Tested et al.(2015) skriver at manglende delegering førte til oppfølging og iverksetting av tiltak ble pulverisert. Årsaken til manglende lederne var igjen manglende ressurser og andre prioriterte arbeidsoppgaver kom før. I følge Helsepersonell loven (1999): §4 og §16 har ledelsen et juridisk ansvar for at det er tilstrekkelig med ressurser i virksomheten, slik at personalet kan arbeide forsvarlig. Tvungen helsehjelp er utfordrende fordi avgjørelsene en tar kan ha konsekvenser for den enkelte. Uriktig avgjørelser hvor pasienten ikke får nødvendig helsehjelp på grunn av at den mangler samtykkekompetanse eller at pasienten gjennomgår tvungen helsehjelp uten grunnlag for det. Ledere kan redusere risikoen ved å sørge for at ansatte har fagkunnskap til å håndtere slike situasjoner riktig (Tilsynsmelding, 2012,s.9).

5.3.1 Forståelse av utfordrende atferd

Det synes å være klar sammenheng med bruk av tvang og pasientens atferd og funksjonsnivå (Garden & Hauge, 2012). Det er mange faktorer som kan virke inn på den utfordrende atferden hos personer med demens. Miljø kan også være med å påvirke utfordrende atferd i tillegg til de psykososiale forhold. Når personen med demens ikke forstår situasjonen, blir engstelig og ikke klarer kommunisere sine behov kan det føre til uro og utfordrende atferd både verbalt og fysisk. Den aggressive atferden til personer med demens kan forstås som en indre frustrasjon og kan skyldes udekket behov (Rokstad, 2008,s.183). Den utagerende atferden kan være personen med demens sin metode å kommunisere på når en ikke klare å uttrykke seg med egne ord. Eller manglende forståelse av situasjonen en befinner seg i. De klarer ikke å tolke det som skjer rundt seg og kan oppfattes som de er i konstant panikktilstand av redsel. Sviktende evne til mestring og stadig opplevelse av tap vil føre til depresjon, angst og skape frustrasjon og andre atferdsmessige symptomer (Rokstad,2008.s.43-44).

For å få forståelse for personer med demens sin utfordrende atferd er det avgjørende å ta utgangspunktet i pasientens egen opplevelsesverden. I demensomsorgen er det hensiktsmessig å finne ut hva som ligger bak atferden som utløser den. Hvorfor skriker pasienter eller hvorfor vil ikke pasienten stelles? Kan det være andre behov som smertelindring, sult, toalett-trang,

psykologiske behov som tilbørighet, opplevelse av egen identitet og vaner eller personalets holdninger? Kitwood (1999) understreker at det er nødvendig å prøve å forstå budskapet i pasientens atferd, og deretter tar seg av underliggende behov. Travelheten og avdelingens størrelse på sykehjemmene påvirker personalets tilstedeværelse til å forstå og nå pasientens i komplekse situasjoner og kjennskap til hver enkelt pasient (Garden & Hauge, 2012). Den travle hverdagen og arbeidspress påvirker personalets evne til å være både mentalt, fysisk og moralsk tilstede som kan påvirke pasientenes relasjonelle klima og kan være med å hindre pasientmedvirkning i den hverdagslige demensomsorgen. På den andre siden skal ikke personalets ressurser og bemanning regnes som grunnlag for å gi tvungen helsehjelp. Bruk av tvang kan oppfattes som bevis på utilstrekkelighet og mangel på tilstedeværelse til å forstå og se pasienten. Tid er avgjørende for å kunne ivareta pasientens selvbestemmelse, skaffe seg kunnskap om pasientens livshistorie og for å møte personen med demens sin forvirring.

5.3.2 Refleksjoner i felleskap

Min oppfatning av tvangstiltak er noe som blir svært lite drøftet eller snakket om på avdelingene. Når man arbeider med personer med demens opplever en daglig vanskelige utfordringer og da kan etisk refleksjon være aktuelt å belyser og dele erfaringer sammen med andre (Rokstad 2006, Kirkevold 2005). Begge metodene Dementia Care Mapping og Marte Meo veiledning bygger på observasjon og kartlegging av samspill og har vist seg å være nyttige redskaper for å sette i gang refleksjoner blant helsepersonellet og for å forbedre samspillet mellom pasient og personalet. Refleksjonene i felleskap førte til økt bevisstgjøring, refleksjon i felleskap og selvrefleksjon som bidro til nye metoder å møte personene med demens på. Når en reflektere over en handling vil det si å analysere og revurdere dem i ettertid. Hva kunne jeg gjort annerledes og hvorfor reagerte pasienten slik? Alternativer handlinger kommer frem i felleskap og gruppen kommer frem alternative strategier som kan danne ledetråder for videre handling for å hindre tvang i demensomsorgen noe som er med på å sikre kvalitet i demensomsorgen. Refleksjoner i felleskap rundt vanskelig og utfordrende situasjoner i den daglige omsorgen kan også være en god metode for å lære helselovene på og øke fagkompetansen.

5.3.3 Relasjonskompetanse

En velfungerende relasjon mellom pasienten og pleieren er avgjørende for å kunne gi god pleie og omsorg. For å skape en god relasjon må helsepersonellet ha evnen til empati, varme,

omtanke, kunnskap, fleksibilitet, god tålmodighet og vennlighet i berøring og blikk (Wogn-Henriksen, 2008). Etikk forskeren Nortvedt (2012) fokusere på empati som en grunnleggende forutsetning for all sykepleiefaglig utøvelse. Martinsen påpeker at sykepleieren må med full innsats forsøke å se hele situasjon til pasienten (Austgard, 2010,s.77). Ved å lese og tolke pasienten sine signaler for å redusere uønskede hendelse. Garden og Hauge (2012) hevder en kan redusere tvang i demensomsorgen ved å møte pasienten og hans atferd med annerkjennelse. Rokstad (2008, s.243) mener at helsepersonell bør reflektere over egen atferd i omsorgsrollen da den kan provosere atferdsmessige reaksjoner hos personen med demens. Personalet bør tilpasse sin væremåte og holdning ut i fra pasientens signaler ikke innta en posisjon som bedreviter men lokke frem pasientens ønsker og behov. Personalets væremåte og oppførsel kan være viktig for å skape trygghet og tillit i omsorgssituasjoner (Rokstad, 2008, s.69)

5.3.4 Kommunikasjon som grunnlag for en relasjon

Personer med demens er i en sårbar situasjon hvor de ofte ikke har evnet til utrykke og formidle behov og forståelse for hva som skjer rundt dem. Det stadig vanskeligere å finne de riktig ordene og sammen med hukommelsessvikten kan det være utfordrende og vanskelig å utføre de hverdagslige samtalene med andre mennesker som ofte tar som en selvfølge (McCarthy, 2011 i Rokstad, 2014, s.39). Det kan ha stor betydning hvordan vi som sykepleiere ordlegger oss og er bevist i bruk av språket (Johnsen & Smebye, 2008, s.210-212).

Dårlig kommunikasjon preget av usikkerhet, uklarhet og lukkethet vil øke risikoen for misforståelser, forvirring, utrygghet, mistenksomhet og angst. Derimot god kommunikasjon både verbal og non verbal vil føre til fortrolighet, trygghet, nærhet. God relasjon og kommunikasjon er avhengig av at samtalen mellom pleier og pasient er åpen, formidle informasjon på en tydelig måte og tillitsfull. Dette skaper grunnlag for forståelse og personlig vekst (Wogn-Henriksen, 2008 s. 89-90).

Deltakerne i studien Gjerberg et al. (2013) fremhever at de i stede for å spørre om pasienten vil ta en dusj, sier personalet heller; *nå skal du ta en dusj og jeg vil hjelpe deg*. Ved å være bevist i språket unngår en spørsmål og redusere pasientens muligheter. Studien til Ytrehus & Hansen, (2011) fikk personalet se på videoopptaket av seg selv i samspill med personen med demens. Personalet fikk et «utenifrablikk» og overblikk til å oppfatte signaler fra pasienten de tidligere ikke hadde tolket. Deltakerne så faktorer i situasjonen som kunne være årsaken til utagerende atferden som utløses. Samt ser hvordan personalet kunne ha håndtert situasjonen

annerledes og hindre pasientens motstand. Dette førte til at de klarte å møte pasienten på en roligere og mer gjennomtenkt måte neste gang. De opplevde at deres ro smittet over på pasienten og pasienten ble roligere i situasjonen. Tilbakemeldinger fra deltakerne tyder på at metoden og bruk av funksjonsstøttende kommunikasjon førte til bedre samhandling og relasjon mellom personalet og pasienten. Samhandlingen ble mer meningsfull, fordi personalet ble bevisst over egen atferd på hvordan personalets holdning og kroppsspråk påvirket personen med demens (Ytrehus & Hansen, 2011).

5.3.5 Fra oppgavesentrert til personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg og individualisering kan være med på å forebygge utfordrende atferd som agitasjon, bidra til mer brukermedvirkning, og gi positive effekter for beboerens livskvalitet som igjen resulterer til mindre bruk av tvang (Johnsen & Smebye, 2008 ,s.225). God omsorg i demensomsorgen bør fokusere på det mellommenneskelig samspillet i pasientrelasjonen. Studien Garden og Hauge (2012) belyser ved å heller basere pleie og omsorgen på pasientens preferanser og respons, blir det heller fokus på det menneskelig spillet og ikke oppgavene som skal utføres. Av og til må personalet heller prioritere å være sammen med pasientene og etablere tillitsfulle relasjoner isteden for å gjennomføre de praktiske pleieoppgavene. Sykepleier skal kunne vise at pasienter med demens er enestående og opprettholde pasientens personlige identitet. Sykdommen tar dessverre mye bort fra pasientens tidligere identitet, dermed er det viktig at sykepleieren kan huske for pasienten hvem personen var før sykdommen.

Studien til Gjerberg et al. (2013) understreket at kjennskap til pasienten livshistorie, samt et godt etablert tillitsforhold til pasienten er en forutsetning for å hindre bruk av tvang i demensomsorgen. Kjennskap til pasienten familie og forhistorie kan være et nyttig og viktig utgangspunkt for å ha gode samtaler med pasienten. Informasjon om pasienten væremåte, preferanser og tidligere vaner er et godt utgangspunkt. Kjennskapen er nødvendig og essensiell for å opprettholde pasientens personlig identitet. I følge Kitwood (1999) er det den primære oppgaven i demensomsorgen. Når jeg var i praksis var det en pasient som ikke ville stelle seg på morgenen. Vi tok kontakt med pårørende for å høre hvordan pasienten vanligvis utførte personlige hygiene hjemme tidligere. Da fikk vi vite at pasienten alltid drakk en kopp kaffe og leste avisen før han stelte seg. Vi prøvde dette på avdelingen og det var ingen problem med å kunne hjelpe pasienten til personlig hygiene etter at han hadde fått sin morgen rutine med kaffe og avislesing først. Dersom helsepersonellet skaffer seg kunnskap om

pasienten tidligere vaner og livshistorie vil dette føre til gjenklang og pasientens tidligere liv og pleie og omsorgen går mye lettere uten å måtte ty til tvang. En tilnærming av gjenkjennbare elementer, mellommenneskelig tilnærming med respekt og empati kan redusere opplevelsen av angst og kaos hos personer med demens.

5.4 Tvang for pasientens beste? Dilemma mellom pasientens autonomi og paternalisme.

I den daglige pleie og omsorgen til personer med demens stå vi overfor etiske dilemmaer der vi er usikker på hva som er lovlig eller forbudt. Hva som er rett eller galt ovenfor pasienten, om bruken av tvang når pasienten ikke er i stand til å ta egne beslutninger og valg. De fleste helsepersonell begrunner sin utøvelse av tvangstiltak til pasienter med demens at det er til pasientens eget beste. Hva som er pasientens beste synes å være uklart og må vurderes individuelt. I noen tilfeller kan det være nødvendig med utførelse av tvang å bruke tvang når en pasient uten samtykkekompetanse motsetter seg nødvendig helsehjelp. Situasjoner hvor pasienten er i fare for seg selv eller andre bør pasientens autonomi settes til sides. Hallberg (1995) mener dersom pasientene i sykehjemmet får mer brukermedvirkning i samhandlingen vil det føre til bedre arbeidstilfredshet, mindre utbrenthet hos personalet og bedre omsorg til pasientene. Utbrent personal blir mer oppgaveorienterte og mindre følelsesmessig ovenfor pasientens behov. Som igjen kan føre til mer bruk av tvang (Rokstad, 2008, s.226).

I følge Woods & Pratt, 2005 er det lett å tenke automatisk at en person med demens mangler innsikt i sin egen situasjon (Rokstad, 2008, s.76). Som kan føre til at den demensrammende personens autonomi, retten til å ta egne avgjørelser lett overkjøres og at mennesker viser mindre respekt for demensrammende personer. Å bli utsatt for tvang kan oppleves som krenkelse av ens menneskeverd (Rokstad, 2014, s.182). Alle avgjørelser sykepleieren tar skal gjenspeile respekt for den enkelte pasient og iboende verdighet og vise at pasienten er like verdifull som alle andre mennesker (Aasen,2018, s.140). En dement person kan medvirke ut i fra sine forutsetninger. Ved at sykepleieren utfører godt faglig arbeid ved å se, lytte til pasienten , samt anerkjenne den kunnskapen en har og legge til rette for størst mulig medvirkning i sin pleie og omsorg på sykehjem. En skal ikke frata pasienten ressurser for det førere til passivisering men en skal tvert i mot gi pasienten mulighet til å bruke sine ressurser (Tested,2012,s.179). I møte med den utsatte og sårbare pasientgruppen er det viktig å gi pleie og omsorg i tråd med de yrkesetiske retningslinjer regler for sykepleier , som sier:

«Sykepleieren ivaretar den enkelte pasientens verdighet og integritet, herunder rett til helhetlig sykepleie, rett til å være medbestemmende og rett til ikke å bli krenket».

«Sykepleieren beskytter pasienten mot krenkende handlinger som ulovlig og unødige rettighetsbegrensning og tvang» (NSF,2011:8).

Rendyrket paternalisme hvor sykepleieren alltid vet hva som er pasientens beste kan føre til overformynderi og frata dem initiativ som fører til hjelpeløshet (Johnsen & Smebye, 2008, s.226-227). Samt den manglende respekten av pasientens autonomi vil føre til krenkelse av pasientens integritet og selvbestemmelse. På en annen side kan ensidig vektlegging av autonomi til person med demens føre til omsorgssvikt og ansvarsfraskrivelse (Nortvedt, 2012.s.165-166). Graden av medvirkning bør tilpasses hver enkelt pasient. I følge Martinsen (2005) er det innenfor å bruke svak eller mild paternalisme dersom pasienten har redusert evne til å bedømme hva som er best for seg selv. Forutsetningen er at sykepleieren må utøve sin faglige makt på en forståelsesfull og forsvarlig måte for hva som er til pasientens beste og bruke faglig og moralsk skjønn.

6. Avslutning

Hensikten med oppgaven var å finne ut hvordan sykepleier kan hindre bruk av tvang i møte med personer med demens i sykehjem. Oppgaven viser at tvang er et vanskelig tema og at det ikke finnes noen enkle svar på hvordan det kan løyses. På bakgrunn av mine funn viser det at det er forbedringspotensialer i sykepleie til denne pasientgruppen og det trenger mer fokus i den daglige pleie og omsorgen. De utvalgte studiene viser å benytte alternative strategier for å unngå tvang i demensomsorgen er tidkrevende men det er også en nødvendighet. For å klare det er man avhengig av at helsepersonellet har nok faglig kunnskap og tilstrekkelig med ressurser i sykehjemmene. Det er samt viktig at personalet føler seg verdsatt av arbeidsgiver for å kunne yte personsentrert omsorg som verdigrunnlag i praktisk arbeid. Sykepleierne bør flytte fokuset fra oppgavesentrert til personsentrert omsorg og se hele mennesket bak diagnosen. Sykepleier bør ha kjennskap til pasientens tidligere livshistorie, verdier og den preferanse, samt forståelse for hva som ligger bak motstanden i stellesituasjoner og den utagerende atferden er en god start for hindre bruk av tvang. Daglige refleksjoner blant sykepleier og helsepersonellet vil øke bevisstheten og ha betydning for å hindre bruk av tvang. Tvang synes å være nødvendig i noen tilfeller for at personer med demens skal få ivaretatt sine grunnleggende behov, men da skal kriterier være tilstede. Det er behov for mer forskning og kartlegging om pasienters subjektive opplevelse og synspunkter av bruk av tvang.

7. Referanseliste

- Aasen, H. (2018). Forsvarlig eldreomsorg? Et kritisk blikk på dom avsagt av Oslo tingrett. Østenstad, B., Adolphsen, C., Natur, E & Aasen, H. (Red.). Selvbestemmelse og tvang i helse og omsorgstjenesten. Fagbokforlaget. Vigmostad & Bjørke AS.
- Austgard, K. (2010). Omsorgsfilosofi i praksis: Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien. Oslo: J. W. Cappelens Forlag A.S.
- Berentsen-D.V.(2008). Demensboka-lærebok for pleie og omsorgspersonell. Tønsberg: Forlaget aldring og helse.
- Berentsen-D.V.(2010). Kognitiv svikt og demens I: M. Kirkevold., K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.). Geriatrisk sykepleie- god omsorg til den gamle pasienten. (1.Utg.,s.350- 382).Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2010). Metode og oppgaveskriving for studenter. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). Att göra systematiska litteraturstudier. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur .
- Garden, M.H. & Hauge, S. (2012). Kampen for pasientens beste: Sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens. Vård i Norden, 32(4), 18-22.
- 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.
- Helsepersonell loven (1999). Organisering av virksomhet som yter helse-og omsorgstjenester.(LOV-1999-07-02-64) Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helsepersonell loven (1999). Forsvarlighet. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

- Hem, M. H., Gjerberg E., Pedersen R. & Førde R. (2010). Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang. Sykepleien Forskning.5(4)294-303 doi: 10.4220/sykepleien.2011.0007
- Helsetilsynet. Tvil om tvang. Oppsummering av landsomfattende tilsyn 2011 og 2012 med tvungen helsehjelp til pasienter i sykehjem. Oslo, Statens helsetilsyn;2013. Oppsummering av Rapport fra helsetilsynet 2013;5. Hentet fra: https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2013/helsetilsynetrapport5_2013.pdf
- Helsetilsynet. Tvungen helsehjelp i sykehjem. Tilsynsmelding 2012. Oslo, Statens helsetilsyn; 2013;3. Hentet fra: <https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/Publikasjoner/tilsynsmelding/tilsynsmelding2012.pdf/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007). Demensplan 2015: Den gode dagen. Delplan til Omsorgsplan 2015. Hentet 12.04.2019 fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/omsorgsplan_2015/demensplan2015.pdf
- Jacobsen, F., Mekki, T., Frøyland, O., Folkestad, B., Kirkevold, Ø., Skår, R., Tveit, E and Øye, C (2017) A mixed method study of an education intervention to reduce use of restraint and implement person-centered dementia care in nursing homes. BMC Nursing. Vol. 16. Article 55. doi: [10.1186 / s12912-017-0244-0](https://doi.org/10.1186/s12912-017-0244-0)
- Johnsen, L. & Smebye, K.(2008). Bruk av tvang i demensomsorgen. Rokstad, A., M., M. & Smebye, K., L. (red.). Personer med demens. Møte og samhandling.(1.utg., s. 207 - 229). Oslo: Akribe AS
- Kitwood T. En revurdering af demens – personen kommer i første række. Frederikshavn: Dafolo Forlag 1999
- Kirkevold, M. (1998) Sykepleierteorier :analyse og evaluering. Oslo: Gyldendal akademisk
- Kristoffersen, N. J. (2011). Den myndige pasienten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug. (Red). Grunnleggende sykepleie. (2.Utg.,bind 3, s.337-382). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug, (Red.). Grunnleggende sykepleie (2. utg., bind 1, s. 207-280). Oslo: Gyldendal akademisk
- Lunde, L-H., Munch, M & Skram, M. (2012) Marte Meo-praktikerutdanning i omsorgen for personer med demens. Rokstad, A-M.(Red). Bedre hverdag for personer med demens. Utviklingsprogram for miljøbehandling. Demensplan 2015. Forlaget Aldring og helse.
- Martinsen K. (2005). *Samtalen, skjønnets og evidensen*. Oslo: Akribe AS.
- Munch, M. (2008).Marte Meo som veiledningsmetode. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (1. utg., s. 312-338). Oslo: Akribe AS
- Nortvedt P. (2012). *Omtanke: en innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. ICNs etiske regler. Oslo: Norsk Sykepleierforbund. Hentet fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Pasient og brukerrettighet loven (1999). Pasientens rett til medvirkning. (LOV-1999-07-02-63) Hentet fra: <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 lovgiving. *Tidsskriftet for Den Norsk Legeforening*.18(133) 1935-1939. doi: 10.4045/tidsskr.13.023 Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2013/10/originalartikkel/bruk-av-tvang-i-sykehjem-etter-ny-lovgivning-0>
- Thidemann, I-J. (2015). Bachelor oppgaven for sykepleierstudenter. Universitetsforlaget AS.
- Testad I., Mekki TE, Forland O, Oeye, C, Tveit, EM, Jacobsen, F & Kirkevold, Ø. Modelling and evaluating evidence based continuing education program in nursing home dementia care (MEDCED). Training of nursing home staff to reduce use of restraint in nursing home residents with dementia. A cluster randomized controlled trial, *International journal of geriatric psychiatry*. 2015; DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.4285>

- Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning- sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. Gammersvik, Å & Larsen, T (red). Helsefremmende sykepleie-i teori og praksis. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Rokstad, A-M. (2014). Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens.
- Rokstad, A-M. (2008).Hva er demens?. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), Personer med demens: Møte og samhandling (1. utg., s. 27-45). Oslo: Akribe AS
- Rokstad, A-M. (2008).Utfordrende atferd. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), Personer med demens: Møte og samhandling (1. utg., s. 180-204). Oslo: Akribe AS
- Rokstad, A-M. (2012). Bruk av Dementia Care Mapping (DCM) for å utvikle personsentrert omsorg. Rokstad, A-M.(Red). Bedre hverdag for personer med demens. Utviklingsprogram for miljøbehandling. Demensplan 2015. Forlaget Aldring og helse.
- Rokstad, A. M. M., & Vatne S. (2011). Dementia Care Mapping: En mulighet for refleksjon og utvikling. Sykepleien Forskning, 6(1), 28-34. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2011/03/dementia-care-mapping-en-mulighet-refleksjon-og-utvikling>
- Tveiten,S. (2012). Helsefremmende sykepleie-i teori og praksis. Gammersvik, Å & Larsen, T. (Red) Empowerment og veiledning-sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Slettebø, Å. (2013). Sykepleie og etikk. (6 Utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Smit, J.A & Hvalvik, S. (2015). Makt og tvang i stellesituasjoner. Geriatrisk sykepleie 2015;7(2)6- 13.
- Støren, I. (2013). Bare søk: Praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudier. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Sørli, R. Brukermidvirkning i demensomsorgen- en oppsummering av kunnskap. Omsorgsbiblioteket. Hentet 12.04.2019 fra:

[https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2453749/Brukermedvirkning%20i%20demensomsorgen%20\(2\).pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2453749/Brukermedvirkning%20i%20demensomsorgen%20(2).pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Wogn-Henriksen, K. (2008). Kommunikasjon. I A. M. M Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens – Møte og samhandling* (1. Utg., s. 89-106). Oslo: Akribe.

Ytrehus, S & Hansen, A. (2011). Hvordan påvirker Marte meo-veiledning personalets opplevelse av egen mestring i demensomsorgen? *Forskning*, 6,36-43.

Øye, C. (2015). Frivillighet og tvang i sykehjem– to sider av samme sak? *Michael* 2015; 12: 167–79. (A)

Vedlegg 1. Oversiktstabell

Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat	Konklusjon
Hem et al. (2010). «Pleie og omsorg i grenseland et mellom frivillighet og tvang».	Hensikten med studien var å belyse de typiske situasjonene som oppstår hos personer med demens motsetter seg pleie og behandling.	Kvalitativ metode. Tverrfaglig fokus gruppe intervju. 2 timer varte intervjuet og ble tapet og transkribert. Deretter ble intervjuet analysert gjennom flere trinn etter ordrett transkripsjon av lydopptakene hvor	I studien deltok 60 pleiere fra 5 sykehjem i Norge. Gruppene varierte fra 3 til 7 og var tverrfaglig sammensatt.	Resultatene viser at pleie og stelle situasjoner er utfordrende til personer med demens. Dusjing og personlig stelle fremprovoser ofte motstand og aggressiv atferd. Frivillige situasjoner endret seg raskt	Personalet uttrykker at det er et hårfint skille mellom frivillighet og tvang i demensomsorgen. Studien konkludere med at det viktig med økt refleksjoner og diskusjoner blant personalet om

		<p>intervjuene ble analysert og diskutert mellom forfatterne. Det ble brukt en eklektisk fremgangsmetode hvor forskerne bevegde seg fritt frem og tilbake i lydopptakene for å tolke datamateriale.</p>		<p>resultere i tvang uten at personalet alltid var bevist på det. Personalets holdning og være måte hadde betydning for motstanden.</p>	<p>utfordrende situasjoner vil føre til økt bevissthet, øke kompetansen og finne alternative strategier for å unngå bruk av tvang sammen. Etablering av tillitsfulle relasjoner og bedre samhandling kan føre til bedre samarbeid mellom personalet og pasienten som kan redusere tvang og øke frivillighet.</p>
--	--	---	--	---	--

Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat	Konklusjon
----------	---------	--------	--------	----------	------------

Gjerberg, et al. (2013). «How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study».	Hvilke type tvang ansatte erfarer i praksis, deltakerne forståelse av tvang og pasientens selvbestemelse og hvilke situasjoner som utløste bruk av tvang tiltak. Deltakernes erfaringer alternative strategier som kunne hindre bruk av tvang.	Kvalitativ metode. Tverrfaglig fokus gruppe intervju. 2 timer varte intervjuet og ble tapet og transkribert. Deretter ble intervjuet analysert gjennom flere trinn etter ordrett transkripsjon av lydopptakene hvor intervjuene ble analysert og diskutert mellom forfatterne. Det ble brukt en eklektisk fremgangsmetode hvor forskerne bevegde seg fritt frem og tilbake i	I studien deltok 60 pleiere fra 5 sykehjem i Norge. Gruppene varierte fra 3 til 7 og var tverrfaglig sammensatt.	Funn i studien viser at helsepersonell forsøker aktivt å begrense bruk av tvang ved å bruke alternative strategier først: Avledning og overtalelse. Begrense pasientens valgmulighet er ved bevisst bruk av språket. God snakke med pasienten. Fleksibilitet. Utsette, prøve igjen senere. Eventuelt bytte personell. En-til-en omsorg. Skjerming	Tilstrekkelig ressurser som bemanning, kontinuitet, tid og faglig kompetanse blant personalet må være tilstede for å unngå både kjemisk tvang og fysisk tvang Refleksjoner og diskusjoner i tverrfaglige grupper på avdelingen synes å være god metode for å øke kompetansen hos personalet og for å øke bevisstheten.
---	--	--	--	---	--

		lydopptakene for å tolke datamateriale.		med en ansatt til stedet for å roe ned pasienten. Samt kjenne pasienten og hans livshistorie har betydning for personsentrert tilnærming.	
--	--	---	--	--	--

Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat	Konklusjon
Ytrehus, S & Hansen, A. (2011). «Hvordan påvirker Marte meo-veiledning personalet s opplevelse av egen mestring i demensomsorgen?».	Studien undersøkte hvilke betydning Marte Meo veiledning har hatt for personalets opplevelser av mestring i utfordrende pleie situasjoner med utfordrende atferd i samhandlingen mellom pasient og pleier. Og hvordan personalet har vurdert effekten og verdien av Marte Meo veiledning.	Kvalitativ Metode Fokusgruppeintervju. Delvis strukturerte intervju. Intervju guide med åpne spørsmål. Skaper diskusjon i grupper og får frem synspunkter. Intervjuene varte ca 1,5 time og foregikk 1 år etter veiledningen var gjennomført. Intervjuene ble tatt opp på band og ordrette transkribert. Systematisk tekstkondensering ble også	I studien deltok 9 helsepersonell fra to forskjellige sykehjem i ulike kommuner. Det ene sykehjemmet var 5 personell og 20 pasienter på en blandet avdeling som bestod av både somatisk, psykiatrisk og demens lidelser. Det andre sykehjemmet deltok 4 personell og bestod av 15 pasienter med demens fra to skjermede avdelinger.	Marte Meo veiledning hadde innvirkning på stress, mestring, økt samarbeid og bedre samhandling mellom pasient og personell. Veiledningen førte også til økt bevissthet over egen atferd i situasjoner med pasienten. Dette førte til at de klarte å møte pasienten på en roligere og mer gjennomtenkt måte. De opplevde at deres ro smittet over	Marte Meo veiledningen kan være en verdifull metode. Enkelte metoden førte til mindre bruk av tvang i demensomsorgen. Metoden kan være nyttig ved samspillutfordringer og førte til økt fagkunnskap

		anvend i analysen.		på pasienten og pasienten ble roligere i situasjonen.	
--	--	--------------------	--	---	--

Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat	Konklusjon
Tested et al.(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.	Formålet var å evaluere effektiviteten av en skreddersydd syv måneders undervisning og veiledningsintervensjon Hensikten med studien var å redusere bruk av tvang, agitasjon og antipsykotisk medisinerings.	Kvantitativ metode. Systematiske analyser av refleksjoner i fokusgrupper, intervju og refleksjonsnotater.	Deltakerne var fra 24 sykehjem fra Norge. Totalt 278 pasienter deltok i første ratingen og i andre ratingen var det 198 pasienter som deltok.	statistisk signifikant reduksjon i bruk av tvang i alle 24 sykehjem. personalet førte til at de ble enige i felleskap om personsentrerte og tillitsskapende tiltak hvor alle fylte opp bedre stell og forflytnings situasjoner Engasjerte ledere som fylte opp personalet var avgjørende for suksess. Manglende	Studien tydeliggjør at nasjonale strategier, intervensjonsprogram og større fokus på person-sentrert omsorg kan være med å forbedre demensomsorg.

A cluster randomized controlled trial»				delegering førte til oppfølging og iverksetting av tiltak ble pulverisert.	
--	--	--	--	--	--

Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat	Konklusjon
Garden & Hauge (2012). «Kampen for pasientens beste - sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang over for personer med demens».	Hensikten med studien var å undersøke sykepleiernes opplevelse og forståelse ved bruk av tvang i demensomsorgen.	Kvalitativ livsverden-design. Med individuelle dybdeintervju. Hvor personalets beskrev utdypende om sine opplevelser, erfaringer, forståelse, meninger ble beskrevet. Det ble stilt hermeneutiske spørsmål. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert	Bestod av 8 sykepleiere som arbeidet på sykehjem i fra 3 fylker. Krav til deltakerne var minimum 1 års erfaring og skal ha deltatt i situasjon hvor tvang ble gjennomført.	Sykepleiere opplevde utførelse av tvang som utfordrende og følelsesmessig belastning. Opplevelse av å ikke nå frem eller forstå pasienten. Trange rammer; Arbeidspress og kompetansemannell. Pasienten ble voldelig og aggressive når det ble utført tvang i	Sykepleiernes holdning og væremåte påvirket bruken av tvang. Travelhet og manglende tilstedeværelse forstås som nødvendig for å forstå pasientens situasjon. Sykepleierne hadde ulike oppfatninger og meninger i kampen om

		<p>fortløpende etter samtaleintervju.</p> <p>Hermeneutisk analyse, finne mening i beskrivelsene</p>		<p>form av holdning av hender.</p> <p>Fysisk utagering av pasienten var årsak til at personalet benyttet tvang.</p> <p>Tvangstiltak ble oppfattet som oppskalering av situasjonen.</p> <p>Store pasientgrupper førte også til at personalet fikk mindre tid til å gjøre seg kjent med pasientens tidligere livshistorier og verdier.</p>	<p>hva som var pasienten beste.</p>
--	--	---	--	--	-------------------------------------