



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKS3001

Emnenavn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling

Vurderingsform: Bacheloroppgave

Kandidatnr:68

Leveringsfrist: 21.02.14 kl. 14.00

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: Ordinær

Fagansvarlig: Benny Huser

Veileder: Karen Irene Høyland



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

TVANG TIL EGET BESTE



Illustrasjonsfoto: Colourbox.com

Bacheloroppgave i sjukepleie

Høgskolen Stord/Haugesund

Avdeling Stord

Våren 2014

Kull 2011

Antall ord:8851

Sammendrag

Tittel: Tvang til eget beste

Bakgrunn for valg av tema: I praksis har jeg erfart at tvang blir brukt mye oftere enn det burde, og jeg ønsker å se nærmere på hva som er grunnen til dette, og hvordan en kan gjøre noe med det.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleie med fokus på mestring bidra til å forebygge bruk av tvang hos pasienter med demens som bor på sykehjem?

Oppgavens hensikt: Oppgavens hensikt er å få en dypere innsikt i hvorfor det blir benyttet tvang overfor pasienter med demens, og hvordan sykepleie med fokus på mestring kan bidra til å forebygge bruk av tvang.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie, hvor jeg har søkt etter forskning i ulike databaser som CINAHL. For å finne relevante forskningsartikler brukte jeg søkeordene var sykepleie, sykehjem, demens, tvang, etikk, mestring og empowerment. Ut i fra søkene kom eg frem til fire relevante artikler, som jeg har presentert i oppgaven.

Resultat: det kommer frem av forskningsartiklene at en grunn til at det blir brukt tvang er at pasientene motsetter seg pleie. Grunnen til at de motsetter seg er gjerne at de føler de mister kontroll over seg selv. Tvang blir oftere brukt av ufaglærte enn av sykepleier, dette kan tyde på at tvang blir brukt fordi pleierne har for dårlige kunnskaper.

Oppsummering: For å unngå bruk av tvang er det viktig med relevante kunnskaper blant helsepersonell, personsentret pleie i stedet for oppgavesentrert er også viktig.

Nøkkelord: mestring, tvang, demens, sykehjem

Abstract

Title: Conercion to your own good

Background: In practice I have found that coercion is used much more often than it should, and I want to look into what is causing this and how one can do anything about it.

Problem as presented: How can nursing with a focus on coping help to prevent coercion in patients with dementia living in a nursing home?

Aim: The thesis purpose is to gain a deeper insight into why coercion is used to patients with dementia, and how nursing with a focus on coping may help to prevent the use of force.

Method: The thesis is a literature study, where I have searched for research in different databases like CINAHL. To find relevant research articles I used the keywords nursing, nursing homes, dementia, coercion, ethics, coping and empowerment. Based on the searches I came up to four relevant articles, which I have presented in the thesis.

Findings: It is clear from the research articles that one reason why it is used coercion is that patients resist care. The reason they oppose may be because they feel they lose control of themselves. Coercion is more often used by unskilled staff than the nurses, this may indicate that coercion is used because the staff have poor knowledge.

Conclution: To avoid the use of coercion it is important with relevant knowledge among health professionals and personal center care instead task center care.

Key words: Coping, coercion, dementia, nursing home

Innholdsfortegnelse

| | | |
|-------|---|----|
| 1.0 | Innledning..... | 1 |
| 1.1 | Bakgrunn for valg av tema..... | 1 |
| 1.2 | Avgrensning og valg av tema | 1 |
| 2.0 | Teori..... | 2 |
| 2.1 | Sentrale begreper | 2 |
| 2.1.1 | Mestring..... | 2 |
| 2.1.2 | Demens | 3 |
| 2.1.3 | Ledelse..... | 4 |
| 2.1.4 | Etikk | 4 |
| 2.1.5 | Tvang..... | 5 |
| 2.2 | Sykepleieteoretiker..... | 5 |
| 2.2.1 | Kari Martinsen | 5 |
| 3.0 | Metode | 6 |
| 3.1 | Litteraturstudie som metode | 6 |
| 3.2 | Fremgangsmåte | 7 |
| 3.3 | Metodekritikk..... | 8 |
| 3.3.1 | Vurdering av egen oppgave | 8 |
| 3.3.2 | Kristisk vurdering av forskningartikler | 8 |
| 3.3.3 | Etikk i oppgavesriving..... | 9 |
| 4.0 | Resultat..... | 9 |
| 5.0 | Drøfting | 14 |
| 5.1 | Bruk av tvang | 14 |
| 5.2 | Sykepleierens makt..... | 18 |
| 5.3 | Mestring | 20 |
| 5.4 | Konklusjon | 21 |
| | Referanseliste | 22 |

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt å skrive om dette temaet dels på bakgrunn av et forskerintervju med psykiatisk sykepleier Truls I. Juritzen, om hverdagsmakt, som jeg syntes var veldig spennende. Han påpeker at bruken av makt ikke er så åpenbar i de hverdags- og stellsituasjonene man finner i sykehjem, som det gjerne er i psykiatrien. Dette har jeg også selv erfart i praksis. Juritzen snakker om makt som en ressurs, som kan enten brukes til noe positivt eller negativt. Dette syntes jeg var et veldig spennende perspektiv. I følge Berentsen (2010, s.355) lider 70-80% av alle som bor i sykehjem i dag av demens. Dette, kombinert med at andelen eldre i befolkningen stadig øker gjør at temaet er relevant både for samtiden og fremtiden (Romøren, 2010, s.29).

Etter to praksisperioder på sykehjem har jeg også selv erfart hvordan tidspress i arbeidsdagen og mangel på ressurser, kombinert med pleiekulturen i avdelingen kan føre til at det blir brukt tvang overfor pasienter med demens. Unnskyldningen var alltid at et er til pasientens eget beste. Jeg ønsker å se næremer på hvordan man som sykepleier kan bruke den makten man har til noe positivt.

1.2 Avgrensning og valg av tema

Min problemstilling: Hvordan kan sykepleie med fokus på mestring bidra til å forebygge bruk av tvang hos pasienter med demens som bor på sykehjem?

Jeg har valgt å avgrense problemstillingen min til pasienter i sykehjem, da det er her jeg har mest praksiserfaring selv, og her hvor personen med demens hele tiden er i en pasientrolle. Videre ønsker jeg å se på hvordan man kan unngå bruk av tvang i de mest dagligdagse situasjoner, som det å stå opp om morgenen, stelle seg, dusje, spise, gå på tur og lignende. Jeg ønsker å se på de situasjonene som ligger å vipper mellom frivillighet og tvang, og på hvordan mestringsfølelse kan gjøre at utfallet blir frivillighet istedenfor tvang. Pasientene er ikke nødvendigvis aggressive i disse situasjonene, men sykepleierne kan gjerne utnytte den makten de har litt for mye, eller på en feilaktig måte. Jeg har valgt å se både på hvordan pasientens og sykepleierens mestring påvirker bruken av tvang, og hvordan de to henger sammen. Jeg har valgt å ikke fokusere noe særlig på selve tvangsbegrepet, og heller ikke på lovverk.

2.0 Teori

2.1 Sentrale begreper

2.1.1 Mestring

Lazarus og Folkman (sitert i Renolen, 2008, s.149) definerer mestring som «kognitive og atferdsmessige tiltak for å klare indre eller ytre krav som overstiger personens ressurser». De var i denne sammenheng opptatt av å skille mellom selve mestringen og resultatet av mestring. En mestringsstrategi bør sees i sammenheng med den situasjonen pasienten er i, og kan ikke vurderes som god eller dårlig i seg selv. Eide og Eide (2011, s.56-57) skriver at en forutsetning for mestring er tillit til at situasjonen i en viss grad vil komme under kontroll. Som hjelper kan en bidra til mestring på flere ulike måter, både som praktisk hjelper, aktiv lytter og samtalepartner. Mestringen blir lettere hvis en har realistiske og kortsiktige mål-som å komme seg opp av sengen. Det og nå et mål, gir også en følelse av mestring og mening. Som mennesker har man et naturlig behov for å ha kontroll over vår situasjon. Man har også et behov for at vår tilværelse er noenlunde forutsigbar. En av grunntankene innen kontrollperspektivet er at informasjon kan fremme mestring(Eide og Eide, 2011, s.180-182). Sykepleiere overtar ofte oppgaver for eldre pasienter fordi det er mer effektivt enn tilrettelegging for egenomsorg, i den grad det er mulig (Kirkevold, 2010, s.104-105). Studier viser at økt kunnskap og tilrettelegging for at mennesker skal kunne ta kontroll over egen situasjon, kan i sin tur påvirke den enkeltes mestring og egenomsorg. Personer som gjentatte ganger har mislykkede erfaringer med hendelser en ikke kan kontrollere eller mestre kan stå i fare for å skape lært hjelpeløshet (Thorsen, 2010, s.65).

Når en skal velge en mestringsstrategi er det viktig at en velger en som passer situasjonen, da galt valg vil kunne forverre tilstanden. Riktig valg for den enkelte pasienten vil avhenge av hendelsen, konteksten og personens fysiologiske og psykologiske forutsetninger (Eide & Eide, 2011, s.172). For en stor andel pasienter er økt mestring urealistisk, de kommer til å være hjelpetrengende på lang sikt. Hos eldre mennesker kan en forvente at mestringsevnen gradvis vil avta, og hjelpebehovet vil øke. En kan minske følelsen av hjelpeløshet ved gradvis, og på mest mulig skånsom måte, overta på de områdene der pasientens evne ikke lenger strekker til. Samtidig skal en passe på ikke å overta på de områdene der pasienten fortsatt har ressurser(Brodtkorb, 2010, s.152). Mange personer med demens kan ha problemer med å komme i gang med ulike aktiviteter, men hvis de blir ledet inn på hukommelsesspor for de

ulike bevegelsesmønstrene, kan de klare å mestre en god del av aktiviteten selv. Å mestre daglige aktiviteter henger sammen med identitet, selvfølelse og livskvalitet. For å kunne fremme mestring i hverdagen, må en først kartlegge hva personene allerede mestrer og ikke mestrer (Holthe, 2008, s.117).

2.1.2 Demens

Ordet dement kan oversettes til «uten sjel», eller «avsjelet» (Rokstad, 2008, s.67). Demens er enhjerneorganisk sykdom hos eldre personer. Sykdommen medfører svekket mental kapasitet og svikt i blant annet hukommelse, oppmerksomhet, kommunikasjon, læring og tenkning. Dette igjen medfører svekket evne til å klare dagliglivets utfordringer. Det er en kronisk tilstand, den forverrer seg over tid og kan ikke kureres (Berentsen, 2010, s.354). Når en person med demens bor på sykehjem er funksjonsnivået gjerne så redusert at de trenger mer tilrettelegging og hjelp en det er mulig å utføre i hjemmet. Dette kan være en utfordring da det bor mange pasienter i samme boenhet, og hver og en har ulike behov. For at en skal oppnå god samhandling mellom sykepleier og pasient er det flere forutsetninger, deriblant bruk av god kommunikasjon, etisk refleksjon og evne til å formidle likeverd (Berentsen, 2010, s.374-375). Smebye (2008, s.17) skriver om hvordan en skal møte personer med demens. Hun fremhever at for å kunne gi hjelp og omsorg på pasientens premisser må en ha god innsikt i personens behov og ønsker. Desto mer personkunnskap en har om en pasient, og jo nærmere relasjon en har, desto enklere vil det være for personalet og forstå og tolke pasienten. Tvang, krenkelser og maktbruk i sykehjem gjør at pasienter noen ganger ikke får den hjelpen de trenger. Eldre hjelpetrengende mennesker er spesielt utsatt for krenkelser av sin integritet fordi de er avhengig av pleiepersonalets tid, kompetanse og personlige holdninger. De er preget av alderdomstegn, sykdom og funksjonssvikt som kan hindre at en som hjelper ser pasienten som den personen han/hun har vært. Som pleier har en full adgang til pasientens rom, uten at del eldre kan kontrollere når og hvor ofte en kommer og går. Og ikke minst har de ofte ikke den styrken og kraften som gjør at de klarer å motstå andres maktbruk. (Kirkevold, 2010, s.92). Holdningene til helsepersonell har stor påvirkning på kvaliteten på omsorgen som gis til pasienter med demens. En bør strebe etter en holdning som fokuserer på å lokke frem pasientens ønsker og behov, ikke en holdning som setter pleierne i en posisjon som bedrevitere (Rokstad, 2008, s.69). «Personen med demens er ikke en som skal observeres, men en person som har mye å lære oss om hva demens innebærer» (Rokstad, 2008, s.70).

Problematferd hos personer med demens må ikke bare betraktes som symptom på sykdommen eller avvik, men som et forsøk på å kommunisere og mestre egen situasjon (Rokstad, 2008, s.182-183). Når en person som lider av demens våkner om morgenen er det ikke sikkert vedkommende kjenner seg igjen. Hvis pleiepersonellet da ikke tenker over hvordan han/hun oppfører seg når han kommer inn om morgenen, kan pasienten oppleve det som et overgrep og motsette seg en hver videre samhandling (Berentsen, 2010, s.375). Enda pasienten med demens er kommet langt i sitt sykdomsforløp, kan vedkommende fortsatt ta autonome avgjørelser i enkeltsituasjoner. Som sykepleier skal en ha vilje og kunnskap til å vurdere hver situasjon som et enestående tilfelle, slik at vi kan gi pasienten en følelse av mestring og avgjørelsesmyndighet (Berentsen, 2010, s.380). Redusert oppmerksomhet ved demens påvirker pasientens evne til å skille mellom viktig og mindre viktig informasjon. Språklige problemer som langsom og usikker tale, uttaleproblemer, evne til å forstå andre og problemer med å huske ord, spesielt substantiver, gjør kommunikasjon med personer med demens spesielt utfordrende. Ved demens svekkes også evnen til praktisk problemløsning, og personen får redusert evne til å ha oversikt over forhold som ikke forekommer på nåværende tidspunkt. Det å se konsekvensene av avgjørelser som en tar blir da vanskelig (Rokstad, 2008, s.41-43). Atferdsmessige symptomer som panikkliknende angst kan oppstå når en pasient ikke forstår hva som skjer i omgivelsene, og personen blir redd. Dette kan føre til aggressivitet og pasienten kan sette seg til motverge eller forsøke å flykte (Rokstad, 2008, s.43-44).

2.1.3 Ledelse

«Ledelsen har et juridisk ansvar for at det er tilstrekkelige ressurser, og at virksomheten organiseres på en slik måte at personalet kan arbeide forsvarlig» (Johnsen & Smebye, 2008, s.228). Holdningene og handlingene til lederen har stor betydning for den faglige standarden i avdelingen i tillegg til det rådende menneskesynet og pleiekulturen (Rokstad, 2008, s.341).

2.1.4 Etikk

Etisk refleksjon er viktig og nødvendig i samhandling med personer som er rammet av demens (Berentsen, 2010, s.379). Ethiske dilemmaer kan oppstå hver dag i sykepleiepraksis, et godt eksempel på dette er situasjoner der det er konflikt mellom pasientens autonomi og sykepleierens profesjonelle plikt til å yte helsehjelp. Et etisk dilemma utgjør en valgsituasjon

mellom flere verdier hvor begge alternativene medfører uønskede konsekvenser, eventuelt hvor begge alternativene er ønsket (Brinchmann, 2010 s.43). Sykepleiere som arbeider med personer med demens, møter man nesten daglig på slike problemstillinger. (Berentsen, 2010, s.379)

2.1.5 Tvang

Tvang er fravær av samtykke (Johnsen & Smebye, 2008, s.210). For å kunne gi sitt samtykke må pasienten forstå hva det er han eller hun samtykker til. Det å formidle informasjon til pasienter med demens på en forståelig måte byr på stor faglige utfordringer (Johnsen & Smebye, 2008, s.212). Johnsen og Smebye (2008, s.208) mener at et høyt faglig nivå på omsorgen som blir utført til personer med demens, vil kunne bidra til redusert bruk av tvang overfor denne pasientgruppen. Juridiske regler i seg selv fjerner ikke de etiske og faglige dilemmaene en som helsepersonell står overfor i forbindelse med bruk av tvang ovenfor personer med demens (Johnsen & Smebye, 2008, s.209).

2.2 Sykepleieteoretiker

2.2.1 Kari Martinsen

Noe av det som er med på å skape egenart til Martinsen filosofi er det at det alltid vil være sykepleierens eget ansvar å komme til klarhet i sitt møte med pasienten. Det er ingen fasit. Det er om å gjøre å møte pasienten så mentalt fristilt for forutinntatte oppfatninger som mulig, og en gjør en vurdering basert på den konkrete situasjonen. Samtidig skal en alltid være i faglig beredskap med det Martinsen kaller «baktanker» (Austgard, 2010, s.22-23). Martinsen påpeker at det er viktig at den abstrakte viten ikke får preferanse over det levende liv (Austgard, 2010, s.49). Martinsen (i Austgard, 2010, s.77) sier at som sykepleier må man prøve å se hele pasientens situasjon. Man må forholde seg til pasientens livssituasjon for å få livsmotet frem. For å klare dette krever det «hele» sykepleieren, både mot, innsats, konsentrasjon og kreativitet. Sykepleieren kan bruke sin makt til å frigjøre en annens livsressurser, eller til å sette den andre fast i et undertrykkingsforhold. (Martinsen, 2003, s.86) «Omsorg er å ta ansvar for den andre, men ikke ta ansvaret fra ham» (Martinsen, 2003, s. 92). Alle mennesker deler et felleskap, dette er preget av innbyrdes makt og avhengighet. I sykepleier-pasientforholdet er maktbalansen forskjøvet i sykepleierens favør. Martinsen (Austgard, 2010, s.32) beskriver denne maktposisjonen som svak paternalistisk (Paternalisme

kan oversettes med «far bestemmer», og brukes når en tar beslutninger på andres vegne (Rokstad, 2008, s.79)). Med denne makten har en som sykepleier muligheten til å påvirke noe i et annet menneskes liv, både i positiv og negativ retning. En for paternalistisk tilnærming i hverdagen medfører at pleierne alltid vet hva som er best for pasientene, noe som etter hvert kan frata pasientenes initiativ og resultere i lært hjelpeløshet. Men hvis en bare vektlegger pasientautonomi kan det på sin side føre til omsorgssvikt og ansvarsfraskrivelse (Johnsen & Smebye, 2008, s.226-227).

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

Metode kan beskrives som en fremgangsmåte og et redskap til å løse problemer slik at en kommer frem til ny kunnskap. Den valgte metoden kan fortelle oss noe om hvordan en bør gå frem for å frembringe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2007, s. 82- 85). De kvantitative forskningsmetodene har som mål å omgjøre den informasjonen som er samlet til målbare enheter (Dalland, 2007, s.84), denne metoden har sitt opphav i positivismen (Dalland, 2007, s.50). De kvalitative metodene har derimot sine røtter innenfor hermeneutikken (Dalland, 2007, s.55-57) og fokuserer på opplevelse og mening (Dalland, 2007, s.84). Litteraturstudie

som metode kommer inn under kvalitativ forskningsmetode. Studiet tar utgangspunkt i en problemstilling som besvares ved systematisk å vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg og Wengström, 2013, s. 30). Forsberg og Wengström (2013, s.26) fremhever at for at en skal ha grunnlag for å trekke troverdige slutninger er det avgjørende at litteraturstudiet baserer seg på et tilstrekkelig utvalg av artikler, studier og teori av god kvalitet.

3.2 Fremgangsmåte

Jeg har benyttet meg av høyskolen sine helsefaglige databaser for å komme frem til relevant litteratur til min problemstilling. Hovedsaklig ble CINAHL anvendt, da tidligere erfaringer har vist at her er mye kvalitativ sykepleiefaglig forskning, men Ovid Nursing ble også benyttet i starten men valgt vekk da søkeresultatene var bedre i CINAHL. For at søket skulle være mest mulig vellykket ble inklusjonskriterier benyttet (Forsberg og Wengström, 2008). Inklusjonskriteriet i det ene søket (Vedlegg 1) var at det var forskningsartikler (Research Article). Det var et ønske at artiklene skulle være av nyere dato, men alle funnene ble vurdert etter relevans for oppgaven og jeg valgte å ikke avgrense dette. Forsberg og Wengström (2008) fremhever også at søkekriterier bør ta utgangspunkt i problemstillingen. Mitt utgangspunkt for valg av søkeord var derfor at forskningslitteraturen skulle omhandle bruk av tvang overfor demente pasienter på sykehjem, handle om ulike mestringsstrategier, og ha et sykepleiefaglig perspektiv. Søkeord som ble benyttet i det første søket (Tabell 1) var nursing, nursing homes, dementia, restraint, restraint of patients, coercion og ethics. I det andre søket (Tabell 2) ble coping, self efficacy, empowerment, dementia, restraint, coercion, nursing og nursing homes benyttet. Det ble gjort søk på hvert enkelt ord, og deretter kombinasjoner for å begrense antall treff.

Som Vedlegg 1 er det presentert to søketabeller som viser hva som ble gjort i databasen. Til sammen ble fire artikkler valgt ut fra tabell 1, en indirekte. Fra søk nr. 10 ble følgende to artikkler valgt: «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 overfor personer med demens». Gjennom sistnevnte artikkels referanseliste fant jeg artikkelen «Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang», som jeg siden søkte opp på www.sykepleien.no. Den siste artikkelen, «The ethics of coercive treatment of people with dementia», ble valgt ut fra søk nr. 13. Fra tabell 2 ble det ikke valgt noen artikler, da ingen av søkene ga funn som var relevante nok for problemstillingen. Alle artiklene som ble valgt

hadde relevans for oppgaven da de viser sykepleiere sine erfaringer med bruk av tvang overfor pasienter med demens som bor på sykehjem.

3.3 Metodekritikk

3.3.1 Vurdering av egen oppgave

Da jeg begynte søkeprosessen hadde jeg ikke problemstillingen helt på plass, men visste hvilke elementer jeg ønsket å ha med, og hvilket tema jeg ønsket å skrive om. Jeg hadde på forhånd bestemt meg for å bruke Kari Martinsen sin sykepleieteori, da jeg liker den veldig godt, og synes den har mange gode elementer. I forhold til at jeg har valgt å fokusere på mestring kunne kanskje en annen teoretiker vært mer relevant, men jeg er fornøyd med mitt valg i lys av oppgavens resultat. Det var ikke lett å finne relevante artikler som handlet om mestring som metode i møte med pasienter med demens, og hadde jeg startet søkeprosessen tidligere kunne jeg gjerne endret litt på problemstillingen. Jeg fant derimot mye relevant teori på området, og valgte derfor å bruke begrepet mestring enda jeg ikke fant noen artikler som gikk akkurat på dette emnet. De artiklene jeg fant inneholdt alle de andre elementene av problemstillingen min, så tilsammen er jeg fornøyd. Tre av artiklene jeg fant er norsk, og en er svensk, på en måte er dette positivt da det er mest relevant for min egen yrkesutøvelse, samtidig kunne temaet blitt belyst på en annen hvis jeg hadde funnet forskning som ikke er gjort i norden. To av artiklene var skrevet av de samme forfatterne, men med tre års mellomrom og litt ulikt perspektiv, jeg velger å se på dette som positivt i den forstand at de i den første artikkelen poengterte at mer forskning trengtes på området, og den andre artikkelen uttrykker det som ikke kom frem i den første. Alt i alt er jeg fornøyd med studiens resultater og den måten artiklene belyser oppgavens tema og problemstilling.

3.3.2 Kristisk vurdering av forskningartikler

I denne delen av oppgaven har jeg brukt en sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning som jeg fant på kunnskapssenteret.no, for å vurdere hvor god artiklene jeg har funnet er. Jeg har benyttet sjekklisten som bakgrunn for å vurdere artiklene, og valgt å ikke fylle den ut. Etter å ha vurdert artikkelen vurderte jeg alle som relevant for min problemstilling. De er alle kvalitative, og siden jeg ønsket kunnskap om sykepleieres opplevelse og erfaringer er dette positivt. Hensikten med studiene kommer godt frem, og det samme gjør resultatene, som viser sykepleieres erfaringer med bruk av tvang overfor pasienter med demens. Alle artiklene

fremhever etiske vurderinger, og er kritiske til sin egen arbeidsprosess. De er også alle av nyere dato, en fra 2010, en fra 2012 og to fra 2013

3.3.3 Etikk i oppgavesriving

Forsberg og Wngstrøm (2008) fremhever at innen forskning er det et overordnet mål å unngå feiltolkete resultater og uærlig eller plagiert data, og anbefaler å bruke studier som er godkjent av etisk komitè eller dokumenterer gjennomføring av etiske vurderinger. Dette tok jeg med inn i min vurdering når jeg valgt artikler, og samtlige av artiklene viser til etiske vurderinger. Tre av fire artiklene skriver at de har meldt prosjektet til Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste.

4.0 Resultat

Kampen for pasientens beste – sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens

Garden og Hauge (2012) sitt mål med denne studien er å se nærmere på hvordan sykepleiere opplever det å måtte bruke tvang overfor pasienter med demens i dagligdagse situasjoner. Det fremheves at siden det er så utstrakt bruk av tvang i demensomsorgen kan det gi innrykk av at det er akseptert som en nødvendig del av de helsetjenestene som gis til personer med demens. Det ble gjort individuelle dybdeintervju med åtte sykepleiere som arbeider i demensomsorgen i Norge ved bruk av en kvalitativ livsverden design. Denne metoden ble brukt for å få en dypere innsikt i sykepleiernes subjektive opplevelse av å benytte tvang. Sykepleierne ble bedt

om å beskrive konkrete hendelser fra praksis som de anså som tvangssituasjoner. Deretter ble de bedt om å utdype konteksten av situasjonen, meningen, egenopplevelse og deres egen forståelse av tvangsbegrepet.

Funnene presenterer fem ulike beskrivelser av sykepleiernes opplevelser i forbindelse med bruken av tvang i hverdagslige omsorgssituasjoner, og hvordan bruken av tvang påvirker dem som yrkesutøvere. Den første beskrivelsen som presenteres er opplevelsen av og ikke nå og ikke å forstå pasienten. Til tross for at sykepleierne først prøvde individuell tilrettelegging og informasjon om hva som skulle skje, endte det med at de ikke så noen andre muligheter enn å bruke tvang, fordi de ikke fikk pasienten til å forstå hva de ønsket å gjøre. Neste opplevelse som blir presentert er sykepleiernes opplevelse av å ha skyld i pasientenes negative opplevelse. Flere av sykepleierne opplevde pasientens motstand som et personlig og profesjonelt nederlag, og som en belastning på grunn av at de følte de påførte pasientene angst og fortvilelse. «Men jeg kan jo ikke la være heller» (Garden & Hauge, 2012 s.20). Opplevelsen av pasienten som tapt eller tildekket kom frem som et skille mellom sykepleierne. De som opplevde pasientene som tapt på grunn av deres kognitive svikt, brukte rutiner og struktur for å ivareta det som de mente var pasientenes eget beste, og å opprettholde fysisk funksjon ved at pasientene så velstelt ut. Tvang kunne da oppstå når sykepleiere ønsket å ivareta pasientens verdighet og respekt. Andre sykepleiere tenkte at pasienten bare blir tildekket av sin sykdom, men er fortsatt til stede. Denne tolkningen gjorde at sykepleierne ønsket at pasientene skulle oppleve psykisk velvære, og fokuserte på pasientenes følelsesmessige opplevelse når det ble gjennomført omsorgstiltak. Opplevelsen av sinne i omsorgssituasjonen gjaldt både for pasientene og sykepleierne. Sykepleierne opplevde at fysisk utagering noen ganger var årsaken til bruk av tvang, andre ganger en konsekvens. Flere av sykepleieren hadde erfart at også personer med kognitiv svikt har et behov for kontroll i dagliglivet. Noen av intervjudeltakerne hadde også erfart at de selv eller kolleger kunne bli sinte i tvangssituasjoner. Den siste opplevelsen som blir beskrevet er opplevelsen av trange rammer i form av arbeidspress og kompetansemangel. Dette fikk igjen konsekvenser for bruken av tvang i avdelingen. Alle gav uttrykk for at kunnskap og erfaring var viktig når det gjaldt å finne frivillige omsorgstiltak. I diskusjonsdelen påpekes det at selv om personalets arbeidssituasjon ikke regnes som grunnlag for å gi tvungen helsehjelp, så vil personalets opplevelse av arbeidspress og mestring indirekte kunne påvirke iverksettelsen av tvangstiltak.

How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study

I denne kvalitative studien har Gjerberg, Hem, Førde og Pedersen (2013) undersøkt hvilke strategier, eller alternative metoder, norske sykepleiere bruker når pasienter motsetter seg behandling. De har også sett på hva personalet ser på som nødvendige forhold som bør ligge til rette for å kunne unngå bruk av tvang. Dataene som er samlet er basert på tverrfaglige gruppeintervjuer med personale på sykehjem. 60 deltakere fra fem ulike sykehjem i Sør-Norge deltok. Gruppene besto av både sykepleiere, hjelpepleiere og ufaglærte. Intervjuene ble gjort med utgangspunkt i en intervjuguide, og fokuserte på hvilken type tvang personalet nylig hadde opplevd i praksis, personalets forståelse av tvang, hvilke situasjoner som utløste bruk av tvang, og personalets erfaringer med hvilke strategier som kunne forebygge bruk av tvang.

Resultatene av studien viser at personalet ved sykehjem vanligvis brukte mye tid på å prøve en stor variasjon av tilnæringsmåter for å kunne unngå bruk av tvang. Noen av de mest brukte strategiene var avledning og overtaling, avgrensing av pasientens muligheter ved bruk av gjennomtenkt ordvalg, prøve igjen senere, bytte personalet og en til en behandling. Hvis ikke strategiene fungerte følte personale at de måtte bruke press og makt for å klare å utføre det de så på som nødvendig helsehjelp. Det kom også frem en del forutsetninger som personalet mente måtte være til stede for at en skulle kunne utøve alternative strategier. Kunnskap om pasienten og tilstrekkelige ressurser, deriblant personale med relevante kvalifikasjoner, personell med god erfaring og antall ansatte som er på jobb, ble trukket frem. Med flere ansatte mente mange at tvang kunne vært unngått i flere situasjoner, for eksempel pasienter som må bruke bleier/innlegg fordi personalet ikke har tid til å følge til toalettet. Andre påpekte derimot at en ikke bare trenger flere hender, men at de må være dyktig også. Denne påstanden styrkes, når det kommer frem at ufaglært personale oftere enn faglærte brukte et bord foran pasientene for å hindre dem i å reise seg. Flere ansatte poengterte at personalets bevissthet på bruk av tvang varierte i takt med nivå på utdanning. I sammenheng med dette ble det også dratt frem at bruken av tvang ofte var hyppigere i helgene når det var mye deltidsansatte og ufaglærte på jobb. I diskusjonen kommer det i denne sammenheng frem at de ikke har funnet noe litteratur på at økt bemanning i seg selv minsker bruken av tvang, en studie viste derimot at høy kompetanse blant personalet ble forbundet med lavt nivå på bruk av tvang. Samtidig fremhever de at kontinuitet blant personale er viktig for personer med demens. I sin diskusjon om hvordan en kan bruke alternative strategier for å unngå bruk av tvang fremhever Gjerberg et al. (2013) den makten en har som sykepleier. Det brukes to forskjellige uttrykk, «power to» og «power over», makt til og makt over. Uttrykket «makt til»

brukes når sykepleieren bruker den makten han/hun har på en positiv måte i sitt møte med pasienten. «Makt over» blir brukt når det blir gjort avgjørelser uten å prøve å involvere pasienten. Ved å bruke strategier som er mindre oppgavefokuset og heller fokuserer på pasientens opplevelse prøvde pleiepersonell å bygge opp pasientens selvrespekt.

Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang

Hem, Gjerberg, Pedersen og Førde (2010) fokuserer i denne studien på den hårfine grensen som går mellom frivillighet og tvang i utøvelsen av pleie og omsorg til pasienter med demens på sykehjem. Hensikten med studien er å beskrive situasjoner hvor pasientene motsetter seg hjelp, og hvor pleie og omsorg bør ha fokus. Det er en kvalitativ studie, og det ble gjort elleve fokusgruppeintervjuer med 60 pleiere fra fem ulike sykehjem i på østlandet i Norge.

Intervjuene baserte seg på en intervjuguide som fokuserte på personalets forståelse av frivillighet og tvang, hvordan situasjoner løste seg uten bruk av tvang, hvordan motstand mot pleie og omsorg utløste bruk av press og tvang, hvilke pleiesituasjoner som involverte bruk av tvang og hvilke former for tvang de hadde erfaring med.

Resultatene av studien viser at det å hjelpe personer med demens med personlig stell byr på mange utfordringer. En sykepleier snakker om hvor lenge man skal vente hvis en pasient ikke ønsker å stelle seg, noen timer, eller dager. En i utgangspunktet frivillig situasjon kan fort vippe over til det motsatte, tvang. Mildt press og overtalelse hvis en pasient nekter å dusje, kan føre pleierne inn i en tvangssituasjon. Pleierne ønsker ikke å anvende åpenbar tvang, samtidig opplever de at de må foreta seg noe som går på tvers av pasientens ønsker. Det kommer også frem at motstanden fra pasienten kan gjerne ligge mer i måten noe gjøres på, enn handlingen i seg selv. En pleier refererte til en pasient som opplevde at hun ble spylet, «I dag har jeg blitt spyla» (Hem et al., 2010, s.297). Dette viser hvor ubehagelig det å dusje kan være for en pasient hvis det gjøres på gal måte. En måte å redusere bruken av tvang og øke frivilligheten og samarbeid er å skape tillitsfulle relasjoner. I diskusjonen fremheves det at pasienter med demens som bor i sykehjem er sårbare, og kan fort få en følelse av ikke å ha kontroll over egen situasjon. Dette kan føre til verbal og fysisk motstand og aggresjon i pleiesituasjoner. Samtidig er en sentral oppgave til pleierne å ivareta pasientenes behov for personlig stell. Dette kan fort bli en konflikt, da personlig stell innebærer at pleiepersonalet har tilgang til pasientenes intime områder av kroppen. Demente personers uttrykk er måter å kommunisere sine behov på. Ved å nærme seg pasienten med respekt kan en identifisere og imøtekomme den enkeltes spesifikke omsorgsbehov. Gjennom intervjuene kom det frem at

pleiernes beskrivelser var preget av at de hadde oppgaver som skulle utføres overfor pasientene. Etablering av tillitsfulle relasjoner krever at en noen ganger ser vekk fra oppgavene og prioriterer å være med pasienten. Konklusjonen drar frem at grensen mellom frivillighet og tvang kan være uklar, men at som pleier kan gjøre en forskjell ved å legge vekt på relasjonsbygging, delaktighet, kontroll og frivillighet.

The ethics of coercive treatment of people with dementia

Denne kvalitative studien av Lejman, Westerbotn, Pöder og Wadensten (2013) har som hensikt å beskrive hvordan sykepleiere på sykehjem jobber for å opprettholde verdighet til pasienter med demens på samme tid som de sørger for å følge lovverket og gi trygg og god sykepleie. Ti avdelingssykepleiere ved ulike sykehjem i Sverige ble intervjuet. Intervjuguiden som ble brukt består av åtte spørsmål, og fokuserer på hvordan det blir jobbet for å opprettholde verdighet og integritet til pasienter med demens hvis tvang er nødvendig, hvorfor det blir brukt tvang, lokale rutiner ved bruk av tvang, komplikasjoner ved bruk av tvang og alternativer til bruk av tvang.

Ut fra analysen er det tre hoved emner som beskriver sykepleiestrategier. En med bruk av tvang, en med bruk av tvang under spesifikke omstendigheter og den siste strategien er for å unngå bruk av tvang. Under kategorien hvor tvang ble brukt kom det frem av intervjuene at det var stor variasjon i sykepleiernes kunnskaper om hvilke typer tvang som blir sett på som ulovlig og under hvilke omstendigheter. Noen av sykepleierne mente at konsekvensene av fall og skade var mye større enn konsekvensene av fysisk tvang, og belter, sengehester og bord ble derfor brukt for å holde pasientene på plass. Resultatene viser at en stor del av personalet som intervjuet forsvarte sin bruk av tvang med at dette var riktig strategi basert på pasientens eget beste. I den kategorien hvor tvang ble brukt under spesifikke omstendigheter var sykepleierne bevist på hvor bruk av tvang var lovlig, men følte til tider at det var nødvendig for at pasienten eget beste. Noen av strategiene som ble brukt i kategorien for å unngå bruk av tvang var: Pasientene fikk være med personalet, og aktivitetene ble tilpasset hver enkelt. Sjefen på sykehjemmet var aktiv i avdelingen og fremmet pleie uten bruk av restriksjoner. Høyt kunnskapsnivå blant personalet. Tilstrekkelig personale. Kort oppsummert viser studien at det er vanskelig for sykepleiere å balansere ressursene de har til råd. Det kan også se ut som at sykepleiere som arbeider på sykehjem ikke har gode nok kunnskaper om lovverket og etiske forhold.

«I do think we have a very important role as a nurse to support our staff and show them how to use individually adapted strategies» (Lejman et al., 2013, s.256).

Oppsummering av funn

Artiklene viser at bruken av tvang ofte blir begrunnet med at det er til pasientens eget beste, når pasienten motsetter seg tiltak blir tvang nødvendig. Mangel på erfarent personale og mangle på kunnskap blir i denne sammenheng dratt frem som grunn. Motstanden fra pasientene kan ligge mer i måten noe gjøres på, enn selve handlingen. Når pasientene ikke føler de har kontroll over eget liv, eller ikke skjønner hva som skjer kan de utagere.

5.0 Drøfting

5.1 Bruk av tvang

For å finne ut hvordan sykepleie med fokus på mestring kan bidra til å forebygge bruk av tvang hos pasienter med demens på sykehjem er det først nødvendig å se hva som gjør at tvang blir benyttet i utgangspunktet.

En rekke studier viser at de fleste pleiere begrunner sin utøvelse av tvang overfor pasienter med demens med at det er til pasientens eget beste, en situasjon hvor pasienten ikke går med på det som pleieren mener er best kan utløse bruk av tvangstiltak (Garden & Hauge, 2012, Gjerberg et al., 2013, Hem et al., 2010, Lejman et al., 2013). Johnsen og Smebye (2008, s.219) fremhever også dette i sine betraktninger om bruk tvang i demensomsorgen. Samtidig poengterer de at det er grunn til å stille spørsmål ved om helsepersonell alltid er de rette til å definere hva som faktisk er pasientens beste. Både studien av Garden og Hauge (2012) og studien av Hem et al. (2010) viser at de omsorgssituasjonene hvor det oftest blir brukt tvang er

stellesituasjoner. Hem et al. (2010) beskriver hvordan mildt press og overtalelse hvis en pasient nekter å dusje, fort kan føre pleierne inn i en tvangssituasjon. Pleierne sier at de ikke ønsker å bruke åpenbar tvang, samtidig som de opplever at de må foreta seg noe som går på tvers av pasientens ønsker da det å ivareta pasientenes behov for personlig stell blir sett på som en sentral oppgave for pleiere. En av sykepleierne som ble intervjuet stiller spørsmål ved hvor lenge man skal vente hvis en pasient som for eksempel lukter sterkt av urin ikke ønsker å stelle seg- timer eller dager. Studien av Garden og Hauge (2012) beskriver mye av det samme. Sykepleierne beskriver en følelse av ikke og nå eller ikke å forstå pasienten. Til tross for individuell tilrettelegging og informasjon om hva som skulle skje så sykepleierne ingen annen mulighet enn å benytte tvang. Det var jo til pasientens beste. I studien av Lejman et al. (2013) overbeviste de av sykepleierne som brukte tvang seg selv om at pasientenes problematiske oppførsel var på grunn av mangel på innsikt, og tvang var derfor nødvendig. Men problematferd hos personer med demens bør ikke bare betraktes som et symptom på sykdommen, eller som avvik, men som et forsøk på å kommunisere og mestre sin egen situasjon (Rokstad, 2008, s.182-183). Flere av sykepleierne i studien til Lejman et al. (2013) mente også at konsekvensene av fall og skade var mye større enn konsekvensene av fysisk tvang, og belter, sengehester og bord ble derfor brukt til å holde pasientene på plass. Lazarus og Folkman (sitert i Renolen, 2008, s.149) definerer mestring som «kognitive og atferdsmessige tiltak for å klare indre eller ytre krav som overstiger personens ressurser». I denne sammenheng var Lazarus og Folkman opptatt av å skille mellom selve mestringen og resultatet av mestring. En mestringsstrategi bør sees i sammenheng med den situasjonen en befinner seg i, og kan ikke vurderes som god eller dårlig i seg selv. Ut fra den litteraturen som er presentert hittil kan man se på sykepleierne sin bruk av tvang som en form for mestring. Det fysiske resultatet av mestringsstrategien er at pasienten får stelt seg, eller man hindrer at en pasient skader seg. Pasienten er derimot blitt utsatt for bruk av tvang, og det psykiske resultatet av dette er gjerne ikke like positivt.

Tvang er fravær av samtykke. For å kunne gi sitt samtykke må pasienten forstå hva det er hun eller han samtykker til (Johnsen & Smebye, 2008, s.110-112). Redusert oppmerksomhet ved demens påvirker pasientens evne til å skille mellom viktig og mindre viktig informasjon. Språklige problemer som langsom og usikker tale, uttaleproblemer, evne til å forstå andre og problemer med å huske ord, spesielt substantiver, gjør kommunikasjon med personer med demens spesielt utfordrende. Ved demens svekkes også evnen til praktisk problemløsning, og personen får redusert evne til å ha oversikt over forhold som ikke forekommer på nåværende

tidspunkt. Det å se konsekvensene av avgjørelser som en tar blir da vanskelig (Rokstad, 2008, s.41-43). Eide og Eide (2011, s.56-57) skriver at en forutsetning for mestring er tillit til at situasjonen i en viss grad vil komme under kontroll. Som hjelper kan en bidra til mestring på flere ulike måter, både som praktisk hjelper, aktiv lytter og samtalepartner. Mestringen blir lettere hvis en har realistiske og kortsiktige mål-som å komme seg opp av sengen. Det og nå et mål, gir også en følelse av mestring og mening. Studien av Hem et. al (2010) poengterer at pasienter med demens som bor på sykehjem er i en sårbar posisjon. Sykdommen medfører svekket mental kapasitet og svikt i blant annet hukommelse, oppmerksomhet, kommunikasjon, læring og tenkning. Dette igjen medfører svekket evne til å klare dagliglivets utfordringer (Berentsen, 2010, s.354). Når en person med demens bor på sykehjem er funksjonsnivået gjerne så redusert at de trenger mer tilrettelegging og hjelp en det er mulig å utføre i hjemmet. Dette kan være en utfordring da det bor mange pasienter i samme boenhet, og hver og en har ulike behov (Berentsen, 2010, s.374-375). Kirkevold (2010, s.92) påpeker at tvang, krenkelsers og maktbruk i sykehjem gjør at pasienter noen ganger ikke får den hjelpen de trenger. Eldre hjelpetrengende mennesker er spesielt utsatt for krenkelsers av sin integritet fordi de er avhengig av pleiepersonalets tid, kompetanse og personlige holdninger. De er preget av alderdomstegn, sykdom og funksjonssvikt som kan hindre at en som hjelper ser pasienten som den personen han/hun har vært. Som pleier har en full adgang til pasientens rom, uten at del eldre kan kontrollere når og hvor ofte en kommer og går. Og ikke minst har de ofte ikke den styrken og kraften som gjør at de klarer å motstå andres maktbruk. Hem et al. (2010) fremhever at pasienter med demens kan utvikle angst og vrangforestillinger, bli forvirrede og mistenksomme, noe som fort kan gi en følelse av ikke å ha kontroll over egen situasjon. Dette kan føre til verbal og fysisk motstand og aggresjon i pleiesituasjoner (Hem et al., 2010). Berentsen (2010, s.357) presenterer et typisk eksempel på en situasjon hvor dette fort kan skje. Når en person som lider av demens våkner om morgenen er det ikke sikkert vedkommende kjenner seg igjen. Hvis pleiepersonellet da kommer inn uten å banke på, trekker fra gardinene og letter på dynen og ikke tenker mer over hvordan han/hun oppfører seg, kan pasienten oppleve det som et overgrep og motsette seg en hver videre samhandling (Berentsen, 2010, s.375). Et annet eksempel er fra studien av Hem et al. (2010) som fokuserer på grensen mellom frivillighet og tvang. Her referer en pleier til en pasient som sa «I dag har jeg blitt spyla» (Hem et al. 2010, s.297). Dette viser hvor ubehagelig det å dusje kan være for en pasient hvis pleien utføres på gal måte. Sykepleierne som ble intervjuet i Garden og Hauge (2012) sin studie fremhever at i noen tilfeller er fysisk utagering årsaken til bruk av tvang, mens andre ganger var det en konsekvens. Sett i lys av at mestring er et middel til å klare å

oppretholde sitt selvilde og personlig kontroll (Reitan, 2010, s.78-79), kan man se på pasienten sin utagerende atferd, eller motstand, som en mestringsstrategi i en situasjon han/hun føler han/hun ikke har noe kontroll over.

Som tidligere nevnt begrunnet pleiere bruken av tvang med at det var til pasientenes eget beste, og tvangstiltak ble iverksatt når noe forhindret det som pleierne mente var best for pasienten. I både studien av Gjerberg et al, Garden og Hauge, og Lejman et al. fremhever intervjudeltakerne at for at pleiere skal kunne bruke alternative strategier til tvang må en del forutsetninger være tilstede. Deriblant tilstrekkelige antall ansatte. Med flere ansatte på jobb mente mange at tvang kunne vært unngått i flere situasjoner, for eksempel pasienter som må bruke bleie/innlegg fordi personale ikke alltid har tid til å følge til toalettet (Gjerberg et al., 2013). I sin studie fremhever Garden og Hauge (2012) at selv om personalets arbeidssituasjon ikke regnes som grunnlag for å gi tvungen helsehjelp, så vil personalets opplevelse av arbeidspress og mestring indirekte kunne påvirke iverksettelsen av tvangstiltak. Kompetansemangel ble også dratt frem som en årsak til at alternative strategier til tvang ikke blir brukt (Garden og Hauge, 2012 og Lejman et al. 2013). Pleiepersonellet som ble intervjuet i Gjerberg et al. (2013) sin studie påpekte også at en ikke bare trenger flere hender, men at de må være dyktig. Denne påstanden styrkes, når det kommer frem at ufaglært personale oftere enn faglærte brukte et bord foran pasientene for å hindre dem i å reise seg. I diskusjonen kommer det i denne sammenheng frem at de ikke har funnet noe litteratur på at økt bemanning i seg selv minsker bruken av tvang, en studie viste derimot at høy kompetanse blant personalet ble forbundet med lavt nivå på bruk av tvang (Gjerberg et al., 2013). Johnsen og Smebye (2008,s.208) mener også at et høyt faglig nivå på omsorgen som blir utført til personer med demens, vil kunne bidra til redusert bruk av tvang overfor denne pasientgruppen. Sykepleiere overtar ofte oppgaver for eldre pasienter fordi det er mer effektivt enn tilrettelegging for egenomsorg. Studier viser at økt kunnskap og tilrettelegging for at mennesker skal kunne ta kontroll over egen situasjon, kan i sin tur påvirke den enkeltes mestring og egenomsorg (Kirkevold, 2010, s.109-110). Gjerberg et al. (2013) skriver at flere av pleierne de intervjuet poengterte at personalets bevissthet på bruk av tvang varierte i takt med nivået på utdanningen. I sammenheng med dette ble det også dratt frem at bruken av tvang var hyppigere i helgene, da det er mange deltidsansatte og uerfarne pleiere. Pasienter med demens kan også bli mer nervøs og rastløs rundt personer de ikke gjenkjenner og dermed bli aggressive, kontinuitet blant personale er viktig for personer med demens (Gjerberg et al., 2013). Men som en av sykepleierne også sa «But as skilled workers we are responsible for

raising their awareness to» (Gjerberg et al., 2013, s.639). Studien til Lejman et al. (2013) gjorde bare intervjuer med avdelingssykepleiere. Av de som oppga at det ble brukt tvang ved deres avdeling, viste det seg at det var stor variasjon i kunnskaper om hvilke typer tvang som blir sett på som ulovlig, og under hvilke omstendigheter. En kan altså forstå det som at en grunn til at tvang blir brukt er at pleiere har nok kunnskap om personer med demens og deres behov, og kunnskap om hvordan en kan mestre situasjoner hvor pasienter med demens er utagerende uten bruk av tvang, og mestrer kunnskap om aktuelle lover. I Lejman et al. (2013) sin studie var det også sykepleiere som i stor grad klarte å unngå bruk av tvang. En strategi som da ble brukt var at lederen på sykehjemmet var aktiv i avdelingen og fremmet pleie uten bruk av restriksjoner. Holdningen og handlingen til lederen har stor betydning for den faglige standarden i avdelingen i tillegg til det rådende menneskesynet og pleiekulturen (Rokstad, 2008, s.341). «Ledelsen har et juridisk ansvar for at det er tilstrekkelige ressurser, og at virksomheten organiseres på en slik måte at personalet kan arbeide forsvarlig» (Johnsen & Smebye, 2008, s.228)

5.2 Sykepleierens makt

I sin diskusjon om hvordan en kan bruke alternative strategier for å unngå bruk av tvang fremhever Gjerberg et al. (2013) den makten en har som sykepleier. Det brukes to forskjellige uttrykk, «power to» og «power over», makt til og makt over. Uttrykket «makt til» brukes når sykepleieren bruker den makten han/hun har på en positiv måte i sitt møte med pasienten. «Makt over» blir brukt når det blir gjort avgjørelser uten å prøve å involvere pasienten. Ved å bruke strategier som er mindre oppgavefokuset og heller fokuserer på pasientens opplevelse prøvde pleiepersonell å bygge opp pasientens selvrespekt. Alle mennesker deler et felleskap, dette er preget av innbyrdes makt og avhengighet. I sykepleier-pasientforholdet er maktbalansen forskjøvet i sykepleierens favør. Kari Martinsen beskriver denne maktposisjonen som svak paternalistisk. Med denne makten har en som sykepleier muligheten til å påvirke noe i et annet menneskes liv (Austgard, 2010, s.32). Hun/han kan bruke makten til å frigjøre en annens livsressurser, eller til å sette den andre fast i et undertrykkingsforhold (Martinsen, 1996, s.86). Makt til, eller makt over. Johnsen og Smebye (2008, s.226-227) påpeker at en for paternalistisk tilnærming i hverdagen kan medføre at pleierne alltid vet hva som er best for pasientene, noe som etter hvert kan frata pasientenes initiativ og resultere i lært hjelpeløshet. Personer som gjentatte ganger har mislykkede erfaringer med hendelser en ikke kan kontrollere eller mestre kan stå i fare for å skape lært hjelpeløshet (Thorsen, 2010,

s.65). Bruken av tvang kan være en slik situasjon. Men hvis derimot bare vektlegger pasientautonomi kan det på sin side føre til omsorgssvikt og ansvarsfraskrivelse (Johnsen & Smebye, 2008, s.226-227). Smebye (2008, s.17) skriver om hvordan en skal møte personer med demens. Hun fremhever at for å kunne gi hjelp og omsorg på pasientens premisser må en ha god innsikt i personens behov og ønsker. Desto mer personkunnskap en har om en pasient, og jo nærmere relasjon en har, desto enklere vil det være for personalet og forstå og tolke pasienten. Rokstad (2008, s.70) går dypere inn i dette temaet ved å si at «personen med demens er ikke en som skal observeres, men en person som har mye å lære oss om hva demens innebærer». Dette samsvarer godt med Kari Martinsens omsorgsfilosofi. Martinsen sier at som sykepleier må man prøve å se hele pasientens situasjon. Man må forholde seg til pasientens livssituasjon for å få livsmotet frem (Austgard, 2010, s.77). Hun fremhever også at omsorg forutsetter riktig forståelse av situasjonen og en god vurdering av hvilke mål som ligger i omsorgssituasjonen. Det er viktig og verken overvurdere eller undervurdere pasientens evne til selvhjulpenhet (Alvsgård,2010, s.420) .

Et av funnene i studien til Garden og Hauge (2012) om sykepleiers opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens var at opplevelsen av pasienten som enten tapt eller tildekket kom frem som et skille mellom sykepleierne. De som opplevde pasientene som tapt på grunn av deres kognitive svikt, brukte rutiner og struktur for å ivareta det som de mente var pasientenes eget beste, og å opprettholde fysisk funksjon ved at pasientene så velstelt ut. Tvang kunne da oppstå når sykepleiere ønsket å ivareta pasientens verdighet og respekt. Andre sykepleiere tenkte at pasienten bare blir tildekt av sin sykdom, men er fortsatt til stede. Denne tolkningen gjorde at sykepleierne ønsket at pasientene skulle oppleve psykisk velvære, og fokuserte på pasientenes følelsesmessige opplevelse når det ble gjennomført omsorgstiltak. Opplevelsen av personen med demens som «tapt» er et vanlig syn, ordet dement kan faktisk oversettes til «uten sjel», eller «avsjelet» (Rokstad, 2008, s.67). Også i studien av Hem et al. (2010) kommer det frem av intervjuene at pleiernes beskrivelser av en situasjon der det blir brukt tvang er preget av at de har oppgaver som skal utføres overfor pasientene. Forfatterne i den svenske studien påpeker selv at det kan virke som at lovverket ble forstått blant flere sykepleiere som metoder for å unngå fall eller skade, ikke som et middel til å understøtte autonomi og unngå bruk av tvang i demensomsorgen (Lejman et al., 2013). Med tanke på disse funnene kan man se at holdningene til helsepersonell har stor påvirkning på kvaliteten på omsorgen som gis til pasienter med demens. En bør strebe etter en

holdning som fokuserer på å lokke frem pasientens ønsker og behov, ikke en holdning som setter pleierne i en posisjon som bedrevitere (Rokstad, 2008, s.69). Kari Martinsen sin filosofi passer bedre inn med synet på pasienten som tildekket. Noe av det som er med på å skape egenart til Martinsen filosofi er det at det alltid vil være sykepleierens eget ansvar å komme til klarhet i sitt møte med pasienten. Det er ingen fasit. Det er om å gjøre å møte pasienten så mentalt fristilt for forutinntatte oppfatninger som mulig, og en gjør en vurdering basert på den konkrete situasjonen. Samtidig skal en alltid være i faglig beredskap med det Martinsen kaller «baktanker» (Austgard, 2010, s.22-23). Martinsen påpeker at det er viktig at den abstrakte viten ikke får preferanse over det levende liv (Austgard, 2010, s.49).

«Vi kan gi både for lite og for mye pleie. Vi kan gi for lite omsorg, men aldri for mye» (Kari Martinsen, sitert i Alvsvåg, 2010, s.422)

5.3 Mestring

Som mennesker har man et naturlig behov for å ha kontroll over vår situasjon. Man har også et behov for at vår tilværelse er noenlunde forutsigbar (Eide og Eide, 2011, s.180). Dette kom også frem i begynnelsen av drøftingen hvor pasienten som opplevde manglende kontroll kunne motsette seg hjelp. Eller pleierne som ikke hadde kontroll over situasjonen pasienten benyttet tvang. Forutsigbarhet kan gjøre dagligdagse situasjoner lettere for personer med demens. Det gjør situasjonene mer forståelig og dermed også mindre forvirrende og truende (Johnsen og Smebye, 2008, s.218) En av grunntankene innenfor kontrollperspektivet er derfor at informasjon kan fremme mestring. Som nevnt tidligere sier Kari Martinsen at det er viktig og verken overvurdere eller undervurdere pasientens evne til selvhjulpenhet (Alvsgård, 2010, s.420) For en stor andel pasienter er økt mestring urealistisk, de kommer til å være hjelpetrengende på lang sikt. Hos eldre mennesker kan en forvente at mestringsevnen gradvis vil avta, og hjelpebehovet vil øke. En kan minske følelsen av hjelpeløshet ved gradvis, og på mest mulig skånsom måte, overta på de områdene der pasientens evne ikke lenger strekker til. Samtidig skal en passe på ikke å overta på de områdene der pasienten fortsatt har ressurser (Brodtkorb, 2010, s.152). «Omsorg er å ta ansvar for den andre, men ikke ta ansvaret fra ham» (Martinsen, 1996, s.92). Når en skal velge en mestringsstrategi er det viktig at en velger en som passer situasjonen, da galt valg vil kunne forverre tilstanden. Riktig valg for den enkelte pasienten vil avhenge av hendelsen, konteksten og personens fysiologiske og psykologiske forutsetninger (Eide & Eide, 2011, s.172). Man kan se på dette som at hvis en

som sykepleier bruker tvang som mestringsstrategi i møte med pasienten med demens tar en ansvaret fra ham/henne og situasjonen kan forverre seg ved at pasienten ikke bare motsetter seg situasjonen, men også blir utagerende, dette er pasienten sin mestringsstrategi i sitt møte med mangel på kontroll. Enda pasienten med demens er kommet langt i sitt sykdomsforløp, kan vedkommende fortsatt ta autonome avgjørelser i enkeltsituasjoner. Som sykepleier skal en ha vilje og kunnskap til å vurdere hver situasjon som et enestående tilfelle, slik at vi kan gi pasienten en følelse av mestring og avgjørelsesmyndighet (Berentsen, 2010, s.380). Tidspres og for få ansatte blir i studien av Gjerberg et al. (2013) dratt frem som en grunn til at det blir brukt tvang. Det er ikke tid til å vente på at pasienten skal ha lyst til å samarbeide, så tvang blir brukt for å få oppgaven utført. Mange personer med demens kan ha problemer med å komme i gang med ulike aktiviteter, men hvis de blir ledet inn på hukommelsesspor for de ulike bevegelsesmønstrene, kan de klare å mestre en god del av aktiviteten selv. Å mestre daglige aktiviteter henger sammen med identitet, selvfølelse og livskvalitet. For å kunne fremme mestring i hverdagen, må en først kartlegge hva personene allerede mestrer og ikke mestrer (Holthe, 2008, s.117). Som sykepleier må en altså først fremme egen mestring i forhold til kunnskap om personene, og kunnskap om sykdommen for å kunne unngå bruk av tvang. Som det kom frem av studien til Gjerberg et al. (2013) er det også essensielt at kunnskapen blant ufaglærte blir hevet. Dette kan også sees på som en av oppgavene som sykepleier, for å øke nivået av mestring. Når pleierne mestrer kunnskapen om sykepleie til personer med demens hjelper de gjerne pasienten på en mer personsentret måte i stedet for oppgavefokuseret, dette kan i sin tur medvirke til at pasientene ikke motsetter seg situasjoner men får muligheten til å mestre på en mer positiv måte. Ved å mestre kunnskaper om lover og regler i tillegg blir pleieren mer bevisst på sine handlinger, men det er viktig å huske på at juridiske regler i seg selv ikke fjerner de etiske og faglige dilemmaene en som helsepersonell står overfor i forbindelse med bruk av tvang overfor personer med demens (Johnsen & Smebye, 2008, s.209)

5.4 Konklusjon

Så hvordan kan sykepleie med fokus på mestring bidra til å forbygge bruk av tvang overfor pasienter med demens som bor på sykehjem?

Etisk refleksjon er viktig og nødvendig i samhandling med personer som er rammet av demens (Berentsen, 2010, s.379) Etiske dilemmaer kan som man ser oppstå hver dag i sykepleiepraksis, og et godt eksempel på dette er situasjoner der det er konflikt mellom

pasientens autonomi og sykepleierens profesjonelle plikt til å yte helsehjelp slik som det er presentert her. Et etisk dilemma utgjør en valgsituasjon mellom flere verdier hvor begge alternativene medfører uønskede konsekvenser, eventuelt hvor begge alternativene er ønsket. (Brinchmann, 2010 s. 43) Sykepleiere som arbeider med personer med demens, møter man nesten daglig på slike problemstillinger (Berentsen, 2010, s.379). Viktige spørsmål en bør stille seg hvis en står overfor en situasjon der en føler en må bruke tvang er: Hvorfor vil ikke pasientene? Hvorfor vil jeg? Har vi forstått hverandre? Motstand fra pasienten kan gjerne ligge mer i måten noe gjøres på, enn situasjonen i seg selv. Gjennom å mestre kunnskap om hvordan en bør tilnærme seg pasienter med demens kan en unngå å komme opp i situasjoner der en føler seg nødt til å bruke tvang. Ved å mestre kunnskap om personsentrert sykepleie istedenfor oppgavefokuset kan en ikke bare øke sin egen mestring, men også pasientens. Siden det er så mange ufaglærte i helsevesenet må en som sykepleier ta ansvar for å lære fra seg de kunnskapene man har om tilnæringsmåter til pasienter med demens. Det er mye fokus på at sykehjem trenger flere ansatte for å kunne unngå bruk av tvang, men i fremtiden bør det gjerne fokuseres mer på at de ansatte som er der har gode nok kunnskaper. Det er mange andre emner som også burde vært tatt opp i forhold til temaet jeg har skrevet om, men oppgavens omfang er ikke stort nok. Avslutningsvis vil jeg sitere en sykepleier jeg jobbet med i praksis som sa noe om hvordan en bør tenke i samarbeid med pasienter med demens: «Det finnes ikke vanskelige pasienter, bare pasienter som har det vanskelig».

Referanseliste

- Alvsvåg, H. (2010) Omsorg: Med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning I U. Knutstad (Red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2.* (3.utg., s.417-450) Oslo: Akribe
- Austgard K. (2010) *Omsorgsfilosofi i praksis: Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien.* (2.utg.) Oslo: Cappelen Forlag
- Berentsen V.D. (2010) Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.) *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s.350-382) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Brodtkorb, K. (2010). Stellet: Mulighetenes arena. I M. Kirkevold, K.Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.) *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten.* (s.150-156). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter.* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Eide, H. & Eide, T. (2011) *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk.*(2.utg.) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier.* (3.utg.). Stockholm: 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. (Hentet fra database: CINAHL)
- Gjersberg, 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. (Hentet fra database: CINAHL)
- Hem, M.H., Gjerberg, E., Pedersen, R., & Førde, R. (2010). Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang. *Sykepleien forskning*, 4(5), 294-301. Doi:10.4220/sykepleief.2011.0007
- Holthe, T. (2008). Handlingssvikt og tilrettelegging. I A.M.M. Rokstad & K.L. Smebye (Red.) *Personer med demens: Møte og samhandling.* (s.114-151). Oslo: Akribe
- Høgskolen i Bergen. (2012). Kunnskapsbasert praksis. Tilgjengelig fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/>
- Johnsen, L. & Smebye K.L. (2008). Bruk av tvang i demensomsorgen. I A.M.M. Rokstad & K.L. Smebye (Red.) *Personer med demens: Møte og samhandling.* (s.207-231) Oslo: Akribe
- Kirkevold, M. Den gamles integritet.(2010). I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s.91-99) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kirkevold, M. Individuell sykepleie. (2010). I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s.100-112) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Lejman, E., Westerbotn, M., Pöder, U. & Wadensten B. (2013). The ethics of coercive treatment of people with dementia. *Nursing Ethics*, 20 (3), 248-262. (Hentet fra database: CINAHL)
- Martinsen, K. (1996). *Fenomenologi og omsorg: Tre dialoger.* Oslo: Universitetsforlaget
- Reitan A.M. (2010). Mestring. I U. Knutstad (Red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2.* (3.utg., s.74-107) Oslo: Akribe
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker: Innføring i psykologi for helsefag.* Bergen: Fagbokforlaget

- Rokstad, A.M.M. Hva er demens? I A.M.M. Rokstad & K.L. Smebye (Red.) *Personer med demens: Møte og samhandling*. (s.27-45). Oslo: Akribe
- Rokstad, A.M.M. (2008). Forståelse som grunnlag for samhandling. I A.M.M. Rokstad & K.L. Smebye (Red.) *Personer med demens: Møte og samhandling*. (s.60-86). Oslo: Akribe
- Rokstad, A.M.M. Kompetanseutvikling hos personalet. I A.M.M. Rokstad & K.L. Smebye (Red.) *Personer med demens: Møte og samhandling*. (s.340-350). Oslo: Akribe
- Romøren T.I. (2010). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodkorb & A.H. Ranhoff (Red). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s.29-37) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Smebye K.L. (2008). Å møte personer med demens. I A.M.M. Rokstad & K.L. Smebye (Red.) *Personer med demens: Møte og samhandling*. (s.13-26). Oslo: Akribe
- Thorsen K.,(2010). Aldringsteorier. I M. Kirkevold, K. Brodkorb & A.H. Ranhoff (Red). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s.57-68) Oslo: Gyldendal Akademisk

Vedlegg 1 - Tabell 1 fra søk i CINAHL

| Søk i CINAHL 13.01.2014 | | | |
|-------------------------|-------------------------|---------------------|-------------------|
| Nummer | Søkeord/term | Avgrensning (limit) | Resultat (Antall) |
| S1 | Nursing | Research Article | 84 313 |
| S2 | Coercion | Research Article | 584 |
| S3 | Nursing homes | Research Article | 7662 |
| S4 | Restraint of patients | Research Article | 625 |
| S5 | Dementia | Research Article | 11 326 |
| S6 | Ethics | Research Article | 4555 |
| S7 | S1 AND S2 | | 58 |
| S8 | S1 AND S2 AND S3 | | 5 |
| S9 | S1 AND S2 AND S3 AND S4 | | 0 |

| | | | |
|-----|-------------|--|----|
| S10 | S5 AND S8 | | 2 |
| S11 | S6 AND S10 | | 0 |
| S12 | S6 AND S7 | | 12 |
| S13 | S5 AND S12 | | 1 |
| S14 | S3 AND S4 | | 96 |
| S15 | S5 AND S14 | | 28 |
| S16 | S1 AND S15 | | 28 |
| S17 | S6 AND S 16 | | 3 |

Vedlegg 2 – Tabell 2 fra søk i CINAHL

| Søk i CINAHL 01.02.2014 | | | |
|-------------------------|---------------|----------------------|---------------------|
| Nummer | Søkeord/term | Avgrensning (limits) | Resultater (antall) |
| S1 | Coping | | 26 591 |
| S2 | Self effiacy | | 14 234 |
| S3 | Empowerment | | 8985 |
| S4 | Dementia | | 26 072 |
| S5 | Nursing homes | | 18 226 |
| S6 | Nursing | | 452 161 |
| S7 | Coercion | | 1250 |
| S8 | Restraint | | 4166 |
| S9 | S1 AND S4 | | 630 |

| | | | |
|-----|------------------|--|-----|
| S10 | S5 AND S9 | | 39 |
| S11 | S7 AND S10 | | 0 |
| S12 | S8 AND S10 | | 0 |
| S13 | S2 AND S4 | | 149 |
| S14 | S5 AND S13 | | 19 |
| S15 | S8 AND S14 | | 1 |
| S16 | S7 AND S14 | | 0 |
| S17 | S2 AND S4 AND S8 | | 1 |
| S18 | S3 AND S4 | | 84 |
| S19 | S5 AND S18 | | 13 |
| S20 | S3 AND S4 AND S8 | | 0 |
| S21 | S3 AND S4 AND S7 | | 0 |

Vedlegg 3 – resultattabell

| Artikkel | Hensikt | Metode og datainnsamling | Utvalg | Resultat |
|--|---|--|--|---|
| Garden, M.H & Hauge,S. (2012) «Kampen for pasientens beste – sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer | Hensikten med studien er å undersøke hvordan sykepleiere erfarer bruk av tvang overfor personer med demens i hverdagssituasjoner. | I denne studien ble det utført individuelle dybdeintervjuer med sykepleiere, som arbeidet med personer med demens i sykehjemsavdelinger, ved bruk av et kvalitativ livsverden-design. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og | 8 sykepleiere fra 8 forskjellige kommuner ble valgt ut fra 4 utvalgsriterier og deretter intervjuet. Deres erfaringer fra demensomsorgen varierte fra 1 til 30 år. | 5 emner gikk igjen: opplevelsen av å ikke nå og ikke forstå pasienten, opplevelsen av å ha skyld i pasientens negative opplevelse, opplevelse av pasienten som tapt, opplevelsen av sinne og sist arbeidspress og |

| <i>med demens»</i> | | så transkribert. | | kompetansemang el. |
|--|--|---|---|--|
| Gjerberg, E., Hem, M.H., Førde, R. & Pedersen, R. (2013) «How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study” | Studien undersøker hvilke strategier/alternativer metoder personale ved ulike sykehjem i Norge bruker når pasienter motsetter seg behandling og omsorg. De undersøker også hvilke forhold personale mener bør ligge til rette for å klare å unngå bruk av tvang. | Det er brukt et fokus gruppe design i denne studien. 11 gruppeintervjuer ble utført ved hjelp av en intervjuguide. Alle intervjuene ble gjort lydopptak av, og deretter transkribert. | 60 deltakere fra fem ulike sykehjem i Sør-Norge deltok. Gruppene besto av både sykepleiere, hjelpepleiere og ufaglærte. | Resultatene viser at bruk av tvang alltid var siste utvei. En rekke metoder for å takle pasienter motstand kom frem. Hvis dette ikke fungerte følte de seg tvungen til å bruke makt for «pasientens eget beste». Kjenne pasienten, tilstrekkelige ressurser og personale med relevant kunnskap måtte ligge til grunne for å kunne unngå bruk av tvang. |
| Hem, M.H., Gjerberg E., Pedersen, R. & Førde, R. (2010) «Pleie og omsorg i grenseland mellom frivillighet og tvang» | Denne studien fokuserer på grenselandet mellom frivillighet og tvang i pleien til personer med demens i sykehjem. Hensikten er å beskrive når omsorg og pleie skal gis til pasienter som motsetter seg hjelp. | Artikkelen er basert på elleve fokusgruppeintervjuer. En intervjuguide med fokus på personalets forståelse av frivillighet og tvang ble brukt. Intervjuene ble tatt opp på bånd og deretter transkribert. | Pleiepersonell fra fem ulike sykehjem deltok, til sammen var det 60 deltakere. | Å hjelpe personer med demens byr på mange utfordringer. Grensene mellom frivillighet og tvang er ofte uklare, og kan raskt vippe i feil retning. Motstand mot helsepersonells handling kan ofte ligge mer i måten ting gjøres på enn handlingen i seg selv. Tillitsfulle relasjoner kan hjelpe til å redusere bruken av tvang. |
| Lejman, E., Westerbotn, M., Pöder, U. & Wadensten | Målet med studien er å beskrive hvordan sykepleiere opprettholder | Studiens design er kvalitativ og beskrivende. Det ble gjort en til en intervjuer på hver | Deltakerne besto av 10 sykepleiere fra 10 ulike sykehjem i | Tre ulike temaer for sykepleie strategier kom frem av analysen. To av strategiene |

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| <p>B. (2013) <i>"The ethics of coercive treatment of people with dementia"</i></p> | <p>rettslig sikkerhet, god sykepleie og verdighet for beboere med demens på sykehjem, uten å krenke deres integritet.</p> | <p>enkelt sykepleiers arbeidsplass. En intervjuguide på 8 spørsmål ble brukt. Det ble gjort lydopptak av intervjuene, som så ble transkribert.</p> | <p>Sverige. Erfaringen fra demensomsorgen varierte fra 1-29 år.</p> | <p>involverte bruk av tvang, mens den siste strategien skulle forhindre bruk av tvang. Valgte strategi kunne avhenge av sykepleierens kunnskap om lovgivning og geriatrisk sykepleie, og tilstrekkelig personale.</p> |
|---|---|--|--|---|