



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

Vurderingsinnlevering

Opplysningene finner du på [StudentWeb](#) under [Innsyn](#) – [Vurderingsmelding](#)

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sykepleie, forskning og fagutvikling

Vurderingsform: Bacheloroppgave

(mappe, hjemmeeksamen..)

Kandidatnr: 26

Leveringsfrist: 21.02.14 kl. 14.00

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: Ordinær

Veileder: Karen Irene Høyland

Fagansvarlig: Benny Huser



Hentet 16.01.14 fra:<http://blogg.super-nature.no/livstil-kan-avgjore-om-du-far-demens-viser-ny-norsk-studie>

Livets høst

Redusere bruk av tvang i demensomsorgen

Bacheloroppgave i sykepleie

Høyskolen Stord 2014

Kull 2011

Antall ord:7498

Sammendrag

Bakgrunn: Demens er en av de vanligste sykdommene på sykehjem. Denne sykdommen kan gi adferds- og følelsesmessige endringer hos pasienten. Dette kan føre til utfordringer for sykepleieren i det daglige møte med pasienten, noe som kan føre til at sykepleier bruker tvang for å utføre nødvendig sykepleie. I tillegg til dette vil jeg se på om verdigheten til pasienten blir opprettholdt eller om den kan styrkes.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleie på sykehjem bidra til å redusere bruk av tvang og gi økt verdighet hos pasienter som lider av demens?

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å fordype meg i demens. Noen av personene som blir rammet blir utagerende og aggressive, jeg vil belyse denne siden av sykdommen for å se hvordan sykepleier kan utøve best mulig sykepleie til disse pasientene samt sikre at de får en verdig behandling.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie der jeg har søkt etter forskning i databaser som CHINAL og Ovid Nursing. For å finne frem til relevante artikler brukte jeg søkeord som dementia, staff training, agitation, aggression, nursing homes, coercion, dignity og problem behavior.

Resultat: I forskningsartiklene kommer det frem at sykepleiere mener at forhold på sykehjem kan bidra til at bruk av tvang opprettholdes. Forhold som lav bemanning, bruk av ufaglærte og holdninger hos helsepersonell. I tillegg vektlegger de ulike strategier og intervensjoner for å forebygge bruk av tvang. Det kan være intervensjoner for å bli kjent med pasienten, roe ned situasjoner, opptre rolig, en til en kontakt og refleksjonsgrupper.

Abstract

Background: Dementia is one of the most common diseases in nursing homes. This disease can cause behavioral and emotional changes in the patient. This can lead to challenges for nurses in daily encounter with the patient. The challenges may cause the nurse to use coercion to perform required nursing. In addition I will also see if the dignity of the patient is maintained or if it can be improved.

Research question: How can nursing in nursing homes help reduce the use of restraint and increase dignity for patients suffering from dementia?

Aim: The aim of the study is to immerse myself in dementia. Some of the people who are affected are disruptive and aggressive; I will illuminate this aspect of the disease to see how the nurse may exercise the best possible nursing care to these patients and at the same time ensure worthy treatment.

Method: The thesis is a literature study where I have searched for research in databases CHINAL and Ovid Nursing. To identify relevant articles, I used keywords such as dementia, staff training, agitation, aggression, nursing homes, coercion, dignity and problem behavior.

Findings: The research articles reveals that nurses believe that conditions in nursing homes can contribute to maintain the use of force. Conditions such as low staffing, use of unskilled workers and attitudes of the care givers can contribute. In addition, they emphasize different strategies and interventions to prevent the use of force. Interventions like be familiar with the patient, calm down situations, stay calm, one to one contact and reflection groups.

Innhold

1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn og valg av tema.....	1
1.2 Hensikt.....	1
1.3 Problemstilling	2
1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling	2
1.5 Oppgavens disposisjon	3
2.0 Teori	3
2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv.....	3
2.1.1 Å se og forstå.....	4
2.2 Demens.....	4
2.3 Bruk av tvang	5
2.4 Verdighet	6
3.0 Metode	7
3.1 Kvantitativ metode.....	7
3.2 Kvalitativ metode	8
3.3 Litteraturstudie som metode	8
3.4 Kilder, kildekritikk og metodekritikk	8
3.5 Litteratursøk og valg av forskning	9
4.0 Resultat.....	10
4.1 Presentasjon av forskningsartikler	10
4.2 Oppsummering av hovedfunnene	12
5.0 Drøfting	12
5.1 Hvilke forhold som kan påvirke bruk av tvang på sykehjem	12
5.2 Forebyggende tiltak og strategier for å redusere bruk av tvang.	15
6.0 Avslutning.....	18
Referanseliste	19
Vedlegg.....	22
Vedlegg 1 Søk.....	22
Vedlegg 2 Resultat tabell.....	24

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn og valg av tema

I løpet av sykepleiestudiet har to av mine praksisperioder vært på sykehjem. Der har jeg opplevd å måtte utføre tvang på pasienter som lider av demens. Av erfaring er det pasienter som lider av demens som oftest opptrer aggressivt og derfor er i størst fare for å bli benyttet tvang på. Noen av pasientene har oppfylt vilkår i pasientrettighetsloven § 4A, og har derfor vedtatt tvangstiltak som kan inneholde blant annet at de kan holdes fast ved dusjing, eller at sykepleierne har lov til å knuse medisiner og lure de i pasienten sammen med mat eller drikke.

Kirkevold (2005) har kartlagt bruk av tvang på sykehjemspasienter. I studien ble det spurt om mekaniske tvangsmidler, andre midler som hindrer fri bevegelse, overvåking, bruk av tvang i forbindelse med medisinsk undersøkelse og behandling og bruk av tvang i forbindelse med aktiviteter i dagliglivet (ADL). Resultatene i studien viste at 45 % av demente på skjermet avdeling og 37 % av pasientene på langtidsavdeling ble utsatt for bruk av tvang minst en gang i uken. Aggressiv adferd sammen med demens og dårlig funksjon i ADL var sterkt forbundet med bruk av tvang. Videre kommer det frem av studien at avgjørelsene om at tvang skulle benyttes ble i 44 % av tilfellene tatt av avdelingssykepleier eller ansvarlig sykepleier på jobb.

Jeg vil belyse temaet bruk av tvang på bakgrunn av at dette er noe som berører pasient, sykepleier, øvrig helsepersonell og pårørende. I min praksis fremstod det for meg at pasientene opplevde tvangen som gjentatte overgrep. Som sykepleiestudent følte jeg meg som en overgriper, beskyttet av loven og en tanke og antagelse om at dette er til det beste for pasienten. For pårørende kan det være en ekstra belastning å vite at det blir benyttet tvang på deres kjære for å få gjennomført enkelte handlinger.

Jeg vurderer at dette er noe som krenker pasienten og at vedkommende på en slik måte står i fare for å få uverdigg behandling.

1.2 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er at jeg vil fordype meg i demens siden dette er en vanlig sykdom uten kjent kurativ behandling. Mange av personene som blir rammet blir utagerende og aggressive. Målet med oppgaven er å belyse denne siden av sykdommen og hvordan jeg

som sykepleier kan utøve sykepleie til disse pasientene på best mulig måte. Som sykepleier vil jeg kunne dra nytte av denne kunnskapen i videre arbeid. Jeg vil kunne møte pasienter med demens i sykehjem, på sykehus og i pasientenes eget hjem. Jeg vil se videre på om sykepleie kan bidra til at bruk av tvang reduseres og samtidig opprettholde eller styrke pasientens verdighet.

1.3 Problemstilling

Hvordan kan sykepleie på sykehjem bidra til å redusere bruk av tvang og gi økt verdighet hos pasienter som lider av demens?

1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling

Problemstillingen er allerede noe avgrenset. I oppgaven vil det bli tatt utgangspunkt i pasienter som lider av demens som bor på sykehjem. Sykehjem er delt opp i to hovedtyper av avdelinger, en for langtidsopphold og en for midlertidige opphold. I denne oppgaven er det langtidsopphold som er aktuelt. Vi kan dele langtidsopphold i to avdelinger.

Langtidsavdelinger som hovedsakelig består av fysisk syke og skrøpelige eldre som trenger døgntilbud. 70 – 80 % av disse pasientene er samtidig rammet av ulike typer kognitiv svikt. En skjermet avdeling er en egen dementavdeling. I en slik avdeling får demente tilbud om døgkontinuerlig omsorg og pleie. Avdelingen skal være tilrettelagt slik at det styrker pasientens mulighet for å orientere seg rundt i avdelingen og det er behov for å ha helsepersonell som har spesialkompetanse innenfor fagfeltet. En skjermet avdeling har mellom 4-12 pasienter. Ifølge Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (2013) § 4-7 skal pasienten være undersøkt og ha fått fastslått diagnosen langtkommet senil demens for å få plass i en skjermet avdeling.

Demens er et samlebegrep som blir brukt om tilstander som fører til at de intellektuelle funksjonene blir svekket som hukommelse, konsentrasjon, resonneringsevne, kritisk sans, evne til å tenke abstrakt og språkfunksjonene. Alle typer demens vil være representert, men det vil bli lagt vekt på pasienter med langtkommet demens der språket som kommunikasjons verktøy er redusert i løpet av sykdomsprogresjonen. Både kvinner og menn i alle aldre med denne diagnosen vil være aktuell i oppgaven. Ved bruk av tvang menes det i denne oppgaven den fysiske tvangen som å holde noen fast eller det å skjerme pasienten bak en låst dør. Tvang begrunnes kanskje med frykt for vold mot helsepersonell eller andre pasienter eventuelt dersom pasienten er til fare for seg selv. Det vil være et sykepleiefokus i oppgaven. Videre vil begrepet verdighet bli sett nærmere på.

1.5 Oppgavens disposisjon

Neste kapittel i oppgaven vil handle om teori som belyser problemstillingen min. Først vil jeg presentere Kari Martinsen sin teori. Kari Martinsen er en norsk sykepleier som er professor i sykepleievitenskap, og en av våre største sykepleieteoretikere. Deretter vil jeg bruke faglitteratur for å se på hva demens er og hvilke symptomer som kan oppstå ved denne sykdommen. Så vil jeg se på hva bruk av tvang vil si og hvordan det blir definert. Tilslutt i teorikapittelet ser jeg nærmere på hva verdighet er. I kapittel tre vil jeg beskrive metode. Først definisjon på metode, deretter metodene kvantitativ, kvalitativ og litteraturstudie. Videre kommer kilde, kildekritikk, metodekritikk og fremgangsmåte. I kapittel 4 blir resultatene i fra artikkelsøket presentert. I kapittel 5 drøfter jeg hovedfunnene, faglitteratur og egne erfaringer for å belyse problemstillingen. I kapittel 6 avsluttes oppgaven.

2.0 Teori

2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv

Kari Martinsen legger vekt på sansing i sin sykepleieteori. Å sanse er å bli berørt av noe før vi forstår hva den andre vil, den andre vil meg noe og det angår meg. Sansing er en åpenhet mot verden der vi er utlevert hverandre og der vi må forholde oss til hverandre. Når vi står i denne relasjonen er det noe taust og uuttalt som ber oss om å være barmhjertige. Allerede i denne relasjonen sier Martinsen (2000, s. 22-23) at vi står i et etisk forhold til den andre. Å sanse et annet menneske sin lidelse kan være smertefullt fordi vi kan identifisere oss med og kjenne på den andres smerte.

Martinsen (2000, s. 24) hevder at både pasient og sykepleier vil nærme seg hverandre med den samme bønn om å bli imøtekommet, å få oppmerksomhet og å bli tatt på alvor. Likevel vil det være en betydelig forskjell. Sykepleieren har faglighet og makt på sin side. I følge Austgard (2010, s. 32) omtaler Martinsen dette skillet som svak paternalisme. Pasienten vil være mer sårbar. På grunn av pasientens sårbarhet er det ofte slik at pasienten vil appellere til sykepleieren om å bli tatt hånd om. Det er imidlertid ikke alltid slik, noen ganger kan frustrasjon som følge av sykdom føre til at pasienten lukker seg og ikke ønsker å ta imot. Dette kan være en utfordrende oppgave for sykepleieren. Her sier Martinsen (2000, s. 25) at

sykepleieren kan forsøke å møte pasienten med en positiv tone og holdning. For å forstå det vi sanser trenger vi øyet.

2.1.1 Å se og forstå

Øyet er ifølge Martinsen (2000, s. 25) innkomstporten der inntrykket blir mottatt. For å kunne forstå det hun sanser må hun tro på det som øyet ser. Et øye kan ifølge Martinsen (2000, s.26) se på mange ulike måter blant annet oppmerksomt, deltakende, utforskende, stussende og ettertenksomt. Øyet til sykepleier kan i tillegg se ut i fra faglig innsikt.

Martinsen (2000, s. 26) sier at vi ser når vi ikke ser forskjell, at vi kan identifisere oss selv med den andre som likeverdig menneske. Det er viktig ikke å redusere pasienten til en diagnose, men at pasienten får tre frem med sin lidelse. Sykepleier tror på det hun ser og kjenner smerten igjen, et medmenneske som trenger henne.

2.2 Demens

Demens er et fellesbegrep på ulike typer hjernesykdom som bidrar til kognitiv svikt. Kognitiv svikt kan være svekket hukommelse, oppmerksomhet, dømmekraft, tenkning og abstraksjon.

Demens kan vi dele inn i flere typer: demens ved Alzheimers sykdom, frontotemporallappdemens, Parkinsonssykdom med demens, demens med lewylegemer og andre degenerative hjernesykdommer som vaskulær demens og sekundær demens. Symptom på demens utvikles over tid og avhenger av hvilken type demens som ligger til grunn.

Demens blir delt opp i mild-, moderat- og alvorlig grad av demens. Graderingen beskriver hvilken fase av sykdommen pasienten er i og hva som er de hverdagslige følgene av den kognitive svikten. I de to første fasene kan personen som lider av demens klare seg hjemme ved tilrettelegging, påminnelser og hjelp. I den siste fasen er ikke pasienten orientert for tid og sted. Pasienten har begrenset mulighet for å forstå det som andre sier og har begrenset ordforråd. Pasienter med alvorlig grad av demens er avhengige av hjelp døgnet rundt (Berentsen, 2010, s. 354-355).

Grunnen til at demenssykdommer kan gi språkproblemer er at språksenteret som ligger i venstre hjernehalvdel kan være skadet som en følge av sykdommen. Symptomene som oppstår av dette deles inn i ulike former for afasi. Motorisk afasi vil si at pasienten har mulighet til å forstå det som blir sagt, men klarer ikke å uttrykke det som han selv vil si. Dette kan føre til at setningene er korte, hakkete og at ord blir gjentatt. Ved sensorisk afasi har en dårlig forståelse for det som blir sagt. Han klarer å uttale ord korrekt og har god taleflyt, men

ordene kommer gjerne i feil sammenheng. En pasient med anomisk afasi vil lete etter ordene som skal gi setningen mening og innhold. Dette kan føre til at pasienten stopper opp og glemmer det som han ville si. Når alle språkfunksjonene til pasienten er redusert kaller vi det for global afasi. Dette fører til at pasienten har problemer med å forstå hele setninger og talen til pasienten kan være uforståelig (Berentsen 357-358) Språket er en stor del av kommunikasjon i hverdagen og å miste det vil derfor være av betydning for det sosiale samspillet mellom andre mennesker. I tillegg til de kognitive symptomene vil de aller fleste med langtkommet demens få endret atferdsmessige og psykiske symptomer. Slike symptomer kan være irritabilitet, apati og unyansert adferd. Psykose, vrangforestillinger, hallusinasjoner og illusjoner kan også forekomme med demens (Berentsen, 2010, s. 359-360).

Noen av menneskene som utvikler demens får en aggressiv og voldelig oppførsel. Disse kan by på utfordringer for både helsepersonell og pårørende. Aggressivitet deler vi i to typer: Angrepsaggressivitet som kommer brått og tilsynelatende uten foranledning og forsvarsaggressivitet som oppstår når pasienten opplever vanskelige eller uoversiktlige situasjoner eller i forbindelse med kommunikasjonsvansker. Roping forekommer hos pasienter som har alvorlig grad av demens. Pasienten kan rope om og om igjen uten at han er klar over det. Det kan være vanskelig å avbryte roping, men å komme bort til pasienten og si noe kan hjelpe (Berentsen, 2010, s.362). Mange personer som lider av demens blir rastløse og urolige. Noen pasienter må holde på med noe hele tiden som å plukke en bleie i småbiter eller stadig vandring tilsynelatende uten mål og mening (Berentsen, 2010, s. 362). Motoriske symptomer som koordineringsvansker kan medføre vansker for pasienten når han skal utføre daglige aktiviteter som å stelle seg, kle av og på seg, smøre mat og bruke bestikk. Evnen til å oppfatte romforhold reduseres kraftig og pasienten har større risiko for fall eller skade. Ifølge Berentsen (2010, s. 355) fører alvorlig grad av demens til handlingssvikt og inkontinens for urin og avføring.

2.3 Bruk av tvang

Ifølge Tvang i psykisk helsevern (2012) er autonomi et sentralt begrep når vi skal forsøke å definere tvang. Autonomi betyr selvstyrende og det kan defineres som at pasienten har autonomi dersom han har kontroll, valg, frihet og innflytelse på egen behandling. Tvang kan vi se på som det motsatte av autonomi (Helse Fonna, 2012)

Når vi ser nærmere på begrepet tvang blir det definert som:

Bruk av redskap som hindrer pasientens bevegelsesfrihet eller tilgang til egen kropp, fysisk holding ved undersøkelse eller behandling, og i forbindelse med omsorgstiltak, overvåking med elektroniske hjelpemidler, og tilsetning av medisiner i mat og drikke uten beboerens vitende og vilje (Kirkevold, sitert i Rokstad og Smebye, 2008, s.208-209).

Johnsen og Smebye (2008, s. 210) sier at det er stor usikkerhet om hva begrepet tvang innebærer og at i juridisk sammenheng blir tvang definert som fravær av samtykke. Dette mener de er vagt fordi samtykke må vurderes mange ganger om det er faglig og etisk forsvarlig. Vi kan tenke oss at en dement pasient kan gi samtykke til å delta i en studie, uten at pasienten klarer å begripe hva studien går ut på og hvilke konsekvenser det kan ha for ham. Da vil det foreligge spørsmål om forsvarlighet på tross av gyldig samtykke.

I lovgivningen er det åpnet for bruk av tvang i somatisk helsetjeneste (Pasient- og brukerrettighetsloven). Grunnlaget er å verne pasienten mot seg selv og eller mot andre. Andre omfatter både medpasienter og helsepersonell. Helsehjelp som anses som nødvendig, men som ikke er påtrengende nødvendig kan i visse tilfeller påtvinges pasienter som er uten samtykkekompetanse. Slike tilfeller kan gjelde dersom pasienten lider av demenssykdom der det er åpenbart at pasienten ikke har forståelse for hva helsehjelpen er til nytte for. Det er viktig å understreke at også i disse tilfellene skal det tilstrebtes frivillighet (Moelven, 2011, s. 105). I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2006) er det i pasientrettighetsloven § 4A-3 åpnet for å gjøres vedtak om helsehjelp «dersom unnlattelse av å gi helsehjelp kan føre til en vesentlig helseskade for pasienten, og helsehjelpen anses som nødvendig, og tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen».

2.4 Verdighet

I følge Knutstad (2011, s.21) er verdighet er et begrep som har flere dimensjoner. Det har en filosofisk dimensjon: at mennesket har en verdi bare ved å være et menneske og at hvert menneske er unikt. Det har også en adferds dimensjon som handler om hvordan vi skal opptre for å være verdige og hvordan andre skal opptre for å ivareta vår verdighet. Videre er verdighet en egenskap ved selvet og handler om selvrespekt og stolthet og det kan oppleves som en subjektiv kvalitet om en selv (Knutstad, 2011, s.21).

Kroken (2011, s. 32) sier at verdighet er et særlig viktig prinsipp for personer som risikerer å bli behandlet som uverdige. Kjernen i spørsmålet om verdighet ligger i følge Kroken (2011, s.

32) at menneskeverdet blir anerkjent uavhengig av tilstand. Han mener videre at problemstillingen er om menneskeverdet blir respektert. Kanskje er den største begrunnelsen for ikke å bruke makt og tvang prinsippet om verdighet. 1.januar 2011 kom forskrift om en verdig eldreomsorg, eller verdighetsgarantien. Formålet med forskriften er å sikre at eldreomsorgen skal tilrettelegges slik at alderdommen skal være trygg, meningsfull og verdig. Forskriften gjelder den eldreomsorg som gis i medhold av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, uavhengig av hvor tjenestene utføres. Tjenestetilbudet skal sikre at medisinske behov blir ivarettatt samt respekt for den enkeltes selvbestemmelses rett, egenrett og livsførsel (Verdighetsgarantien, 2011).

3.0 Metode

For å fremskaffe eller etterprøve kunnskap er metoden redskapet som forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks. I mange sammenhenger blir Vilhelm Aubert sitert for å forklare hva metode er. Han forklarer det slik:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med til arsenalet av metoder (sitert i Dalland, 2013, s.111).

Metode hjelper oss å samle inn data enten i form av kvalitative eller kvantitative data (Dalland, 2013, s. 111-112).

3.1 Kvantitativ metode

Kvantitativ metode blir brukt når man skal måle noe. Når forskeren bestemmer seg for å bruke kvantitativ metode vil han vite noe om hvor mange, eller hvor mye. Data som blir samlet inn i denne metoden kan handle om offentlig statistikk, medisinske journaler, laboratorieverdier, spørreskjema- og intervjuundersøkelser (Olsson & Sörensen, 2009, s. 94). Når data som er innsamlet skal gjennomgås etter en slik studie blir det lagt inn i datamaskiner som har et statistikkprogram. Systemet regner ut en P-verdi. P-verdien uttrykker om det er en reel effekt eller en tilfeldig effekt som er funnet. Kvantitative metoder kan bli brukt for å estimere størrelsen på et problem i en populasjon eller behov for helsetjenester (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinart, 2011, s.102).

3.2 Kvalitativ metode

Kvalitativ metode blir brukt når man vil karakterisere noe. For å samle inn data brukes intervju, fokusgrupper, casestudie, observasjon og nedskrevne fortellinger/tekster/dokumenter. Hensikten er å prøve å komme frem til kategorier, beskrivelser eller modeller som kan beskrive et fenomen eller en sammenheng i omverden. Kvalitativ studie er tidskrevende da innsamling av data stort sett går over en lengre tidsperiode (Olsson & Sørensen 2009, s. 82-83). Etter at dataene er blitt samlet inn må de behandles og forskeren må sortere og systematisere resultatene (Olsson & Sørensen, 2009, s. 102). Når forskeren har spørsmål knyttet til subjektivitet og helhetlig forståelse av mennesker og deres forståelse er det naturlig å bruke kvalitativ metode som redskap. Dersom kjernes spørsmålet til forskeren er: Hvordan oppleves det? Hva er det som gjør at det virker? Hvorfor? Når forskeren stiller disse kjernes spørsmålene for å finne frem til erfaringer og holdninger så er den kvalitative metoden å foretrekke. Metoden skal fange opp erfaringer, opplevelser, holdninger og bruker ikke-statistiske metoder for analyse. Det vil si at kvalitativ metode kan brukes for å undersøke personers liv og deres fortellinger og adferd (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinart, 2011, s.72-73).

3.3 Litteraturstudie som metode

I en litteraturstudie skal vi studere allerede skrevet litteratur. Det vil si at kunnskapen eksisterer allerede og derfor kommer det ikke frem ny kunnskap om problemområdet. Likevel kan vi komme til nye erkjennelser gjennom sammenfatningen av slik kunnskap. Vi kan skille mellom oversiktsartikkel og systematisk oversiktsartikkel. I den sist nevnte må vi ta med alle relevante artikler mens en oversiktsartikkel kan inneholde alt i fra to artikler og oppover (Støren, 2013, s. 16-17). I hovedsak systematiserer vi kunnskap ved å søke den, samle den, vurdere den og sammenfatte den. Kunnskapen henter vi i fra vitenskapelige artikler der resultatene er presentert i fra forskeren selv og vi kan se hvordan argumentene er underbygd i artiklene. Dette forsvinner ofte i lærebøkene siden det primært er resultatene som blir gjengitt (Støren, 2013, s. 17).

3.4 Kilder, kildekritikk og metodekritikk

Kilder er alt som kan bidra til å svare på oppgaven. Internett, fagbøker, lærebøker, tidsskrifter, leksikon, artikkelsamlinger, statistikk, monografier, jus, offentlige dokumenter og forskningsrapporter er eksempler på slike kilder. Når man skal bruke kilder i oppgaven er det viktig å sile ut det som er relevant, seriøst og kvalitetssikret. Kildekritikk blir brukt for å finne

ut om en kilde er sann, skille spekulasjoner og verifiserte opplysninger (Dalland, 2013, s. 66-67). I min oppgave forholder jeg meg til høyskolens retningslinjer om kildebruk og referanselister. Dette er for at det skal være lett å finne tilbake til den opprinnelige kilden. Korrekte referanser er viktig for å unngå å gi ut andres arbeid som sitt eget. Det ville vært plagiat og er svært uetisk og sett på som juks.

For å finne frem til forskning har jeg brukt IMRaD-strukturen. Det vil si at artikkelen skal inneholde innledning, metodedel, resultat, og drøfting. I tillegg har jeg valgt vekk forskningsartikler som ikke har hatt konklusjon som pilotstudier. Pilotstudier er en utprøving i mindre skala som er planlagt å bruke i større studier. For å sikre at forskningen er god har jeg søkt i databaser som er godkjente av høyskolen og så brukt sjekkliste på artiklene som var relevante for oppgaven (Kunnskapssenteret, 2008). Videre har jeg valgt artikler som er fagfellevurdert, det vil si at de er vurdert og godkjent av eksperter på fagområdet (Dalland, 2013, s. 78). At artikkelen har blitt vurdert etisk av en komite eller lignende viser at det er seriøs forskning der det er tatt hensyn til involverte deltakere i studien. For et best mulig resultat av min litteraturstudie er det viktig at jeg holder meg nøytral til resultatene som er presentert i forskningsartiklene og presentere de så nøyaktig så mulig i min oppgave uten egne tolkninger. Jeg har også tilstrebet å finne nyere forskning, ikke eldre enn fem år. Etter flere søk i databasene kom jeg frem til tre artikler som møter kravene mine. På videre søk kom jeg over en artikkel i fra 2005 som er litt for gammel til å møte kravene mine. Jeg fant likevel at var relevant for oppgaven min og derfor har jeg valgt å ta denne med. To av forskningsartiklene er gjennomført i Norge og har derfor liknende miljø og likt lovverk som lettere kan generaliseres til oppgaven. De øvrige forskningsartiklene er hentet i fra Sverige og Sveits. Lovene som omfatter tvang påvirker nok resultatene i forskningen og det er ikke sikkert at resultatene er lett å overføre til norske forhold.

3.5 Litteratursøk og valg av forskning

For å finne frem til relevant forskning benyttet jeg meg som tidligere nevnt av høyskolens godkjente databaser. I hovedsak har jeg gjort søkene mine i CHINAL og Ovid Nursing. For å finne frem til rette søkeord har jeg benyttet meg av ordnett og SweMed+. Søkeordene som er benyttet er: dementia, staff training, agitation, aggression, nursing homes, coercion, dignity, problem behavior og ved hjelp av boolske søkeoperatøren AND har jeg kombinert søkene. For å avgrense søket valgte jeg full text og Peer reviewed. Artiklene jeg har valgt å bruke fant jeg i CHINAL og søketabellene er presentert i vedlegg 1. Oversikt over inkluderte artikler er presentert i resultattabell i vedlegg 2.

4.0 Resultat

4.1 Presentasjon av forskningsartikler

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

Dette er en kvalitativ studie der det er brukt fokusgruppe som metode. Fem sykehjem i sør Norge har tatt del i denne undersøkelsen. Hensikten med studien er å finne ut hvordan sykepleiere håndterer utfordrende situasjoner der pasienten setter seg i mot behandling. For å belyse dette har de delt temaet i to: a) hvilke strategier eller alternative intervensjoner bruker de? b) Hvilke forhold må ligge til rette for å forebygge eller unngå bruk av tvang. Bakgrunn for studien er at det i Norge, som i mange av de vestlige landene er utstrakt bruk av tvang i sykehjem. Hele 82 % av de som bor på sykehjem var utsatt for tvang i løpet av en uke. Pasientene som har størst fare for å bli utsatt for tvang er de som lider av demens. Resultatene av undersøkelsen viste at for å forebygge bruk av tvang brukte sykepleierne intervensjoner og strategier som avledning, avgrense pasientens valg ved å bruke språk, prøve igjen senere, å bytte personell, å være en-til-en. Sykepleierne i undersøkelsen uttrykker at det å kjenne pasienten og vite noe om hans bakgrunn kan hjelpe sykepleieren å forstå hvorfor pasienten reagerer som han gjør. Sykepleierne sier også noe om viktigheten av at det er tilstrekkelig personal på jobb og at de som er på jobb bør ha fag og evne innenfor demensomsorg. De hevder at det er mer bruk av tvang når det brukes helgeassistenter som ikke er fagutdannet og at dette gjenspeiler seg med mer bruk av tvang i helgene enn resten av uken. Studien konkluderer med at sykepleierne har et bredt repertoar når det gjelder intervensjoner, men at dette alene ikke er godt nok. Det er flere faktorer som må ligge til rette som nok personal på jobb og høy fagligkompetanse og kontinuitet i personalet.

Zeller, Dassen, Kok, Needham & Halfens (2011) *Nursing home caregivers' explanations for coping strategies with residents' aggression: a qualitative study*

Dette er en kvalitativ studie med fokusgruppe som metode. Bakgrunnen for at studien er utført er den høye risikoen helsepersonell i sykehjem har for å oppleve aggressiv oppførsel fra pasientene. Hensikten med studien er å finne ut hvordan helsepersonell forklarer aggressiv oppførsel hos pasientene og når og i hvilke situasjoner aggresjonen oppstår. I tillegg til hvilke strategier personalet bruker for å beherske pasienter med aggresjon. Funn i studien tyder på at personalet har gode kunnskaper om demens og at utfordringene denne sykdommen gir

pasienten i form av nedsatt evne til å tenke, oppfatte og kommunisere er et grunnlag for hvorfor pasienten kan være aggressiv. I tillegg viser studien at personal føler tidspress og at de kan være redde aggressive pasienter. For å forebygge bruk av tvang og aggresjon legger helsepersonellet vekt på en god anamnese ved innkomst, helst i fra pasienten selv eller nærmeste familie. På tross av god kunnskap om aggressiv oppførsel ser det likevel ut til at personalet ikke klarer å bruke det på en systematisk og god måte.

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

Dette er en kvalitativ studie som har til hensikt å beskrive hvordan sykepleiere på sykehjem som følger loven kan gi sikker og god sykepleie og samtidig opprettholde verdigheten hos pasienter som lider av alvorlig grad av demens. Forskningen er gjennomført i Sverige der bruk av tvang er ulovlig. På tross av dette viser funn i studien at sykepleierne benytter tvang for å opprettholde god og sikker sykepleie. Blant annet blir det nevnt bruk av elektroniske hjelpemiddel som globalt posisjonssystem (GPS). Med en GPS mottaker er det mulighet for å finne ut hvor pasienten befinner seg til en hver tid. Videre i studien blir det pekt på at mangel på forskning innen demensomsorg og for lav bemanning bidrar til at bruk av tvang i sykehjem blir opprettholdt.

Testad, Aasland & Aarsland (2005) *The effect of staff training on the use of restraint in dementia: a single-blind randomised controlled trial.*

Dette er en kvantitativ studie som er utført i Norge. Hensikten med denne studien var å bruke opplæring av helsepersonell som intervensjon for å redusere problematisk oppførsel og bruk av tvang på demente pasienter i sykehjem. For å få målbart resultat ble det benyttet randomisert kontrollert studie med en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Intervju ble gjennomført både før og etter intervensjonsperioden av en trent analytiker som var blindet for studien. Sykepleierne som deltok i intervensjonene var også blindet for designet på studien og studiens hypotese. Etter at intervensjonsperioden var over hadde hyppigheten av bruk av tvang blitt redusert med 54 % i intervensjonsgruppen og samtidig økt med 18 % i kontrollgruppen. Likevel viste det seg at aggresjonsnivået var det samme eller hadde hatt en liten økning, noe som kan vise til at utdanning og opplæring er av betydning for å gi sykepleie til pasienter som lider av demens.

4.2 Oppsummering av hovedfunnene

Artiklene jeg har valgt å bruke i denne litteraturstudien har flere fellesnevne. Tre av artiklene tar for seg hvilke strategier og intervensjoner sykepleierne tar i bruk når det gjelder bruk av tvang. Intervensjoner som blir brukt er: bevisst bruk av språk, rolig adferd, distrahere og berolige, prøve igjen senere, en til en kontakt, skjerming og bruk av elektronisk hjelpemiddel. I tillegg til dette går det frem at sykepleierne vektlegger god innkomstanamnese som et godt forebyggende tiltak. Videre blir det sett på hvilke forhold på sykehjemmet som har betydning for bruk av tvang. I alle tre studiene peker de på for lav bemanning. Videre blir faktorer som tidspress, helgeassistenter, ufaglærte og helsepersonellens holdninger ovenfor pasienten nevnt som forhold som påvirker bruk av tvang. I studien til Zeller (2011) sier sykepleierne at det å kunne snakke med noen etter en hendelse med bruk av tvang er lærerikt og hjelper sykepleieren å takle utfordringen bedre. Den siste artikkelen jeg har valgt å inkludere er en kvantitativ artikkel og skiller seg litt i fra de andre da dette er en studie som tar for seg om ekstra opplæring av helsepersonell er nyttig. I studien finner de at den gruppen som fikk ekstra opplæring skilte seg signifikant i fra gruppen som ikke fikk ekstra opplæring. Dette på tross av at aggresjonsnivået til pasientene ikke ble redusert. Jeg drøfter hovedfunnene i studiene sammen med faglitteratur og egne erfaringer i fra praksis under to hovedtemaer:

- Hvilke forhold som kan påvirke bruk av tvang på sykehjem
- Forebyggende tiltak og strategier for å forebygge bruk av tvang

5.0 Drøfting

5.1 Hvilke forhold som kan påvirke bruk av tvang på sykehjem

Zeller et al., (2011) har sett på hva sykepleiere mener er årsaken til at demente har aggressiv oppførsel. De hyppigste svarene er at pasienten innså tap av egne ferdigheter, at de ikke forstår og blir overveldet. Videre mener sykepleierne at pasientene føler at blir invaderte uten respekt for deres personlige rom og intimsone og uttrykker dette gjennom aggressivitet. I følge Berentsen (2010, s. 354-362) har pasienter som er rammet av alvorlig grad av demens en begrenset mulighet til å forstå det som blir sagt og har selv et begrenset ordforråd. Dette

kan bidra til en forsvarsaggressivitet der pasienten opplever at situasjoner blir uoversiktlige og vanskelige på grunn av kommunikasjonsproblemer. Likevel kan det gjerne tenkes at pasientene har mulighet til å forstå mer enn de kan gi uttrykk for.

I min praksiserfaring opplevde jeg at mange demente hadde størst utfall av aggresjon i stell situasjoner der vi beveget oss i pasientens intime sone. Pasientene ble stelt to ganger om dagen der intimhygiene er en del av stellet. Pasientrettighetsloven § 4A-3 sier at vedtak kan bli gjort dersom unnlattelse av helsehjelp kan føre til en vesentlig helseskade for pasienten og at helsehjelpen anses som nødvendig. Hva er vesentlig skade og må vi vaske to ganger i døgnet for å unngå dette? V kan stille oss spørsmål om vi gjør det for å opprettholde verdigheten til pasienten, eller vår.

Knutstad (2011, s. 21) hevder at verdighet har en atferds dimensjon som handler om hvordan vi skal opptre for å være verdige og hvordan andre skal opptre for å ivareta verdighet. I følge Kroken (2011, s. 32) er verdighet et spørsmål om menneskeverdet blir respektert, og at verdighet er den største begrunnelsen for ikke å bruke makt og tvang. I følge Lejman et al., (2013) benytter sykepleierne sedative medikamenter i forkant av et stell for å lette byrden. Det kommer ikke klart frem av studien hvem sin byrde som skal lettes. Dersom det er ment for å lette byrden til helsepersonellet, bør det i forkant av en slik avgjørelse diskuteres nøye om stellet er nødvendig i forhold til pasientrettighetsloven. På en annen side kan dette hende at dette er nøye gjennomgått og at pasienten har det bedre med tiltak om medisinerings enn med tiltak om tvang som fysisk holding. Kan det tenkes at vi burde ha forskjell på graden på bruk av tvang. Pasientens opplevelse med bruk av tvang vil kanskje oppleves forskjellig fra om han får medikament på en brødiskive eller om han fysisk blir holdt nede.

Zeller et al., (2011) påpeker at sykepleierne ikke har nevnt at grunnleggende behov som smerte, eliminasjons trang, sult eller tørst kan ligge til grunn for aggressiv oppførsel. Kari Martinsen (2000) sier at vi sanser den andre og dens lidelse, men for at vi skal forstå dens lidelse må vi ha et trent øye som kan gjøre at vi forstår det vi sanser og dermed også den andre. En sykepleier ser ut i fra faglig innsikt og har et profesjonsblikk.

Lejman et al., (2013) peker på at lav bemanning bidrar til å opprettholde bruk av tvang. Gjerberg et al., (2013) finner at den daglige driften på sykehjemmet og hvordan den er organisert et tilbakevendende tema. De involverte i studien mener at det å ha tilstrekkelig med ansatte er en forutsetning for å kunne forebygge bruk av tvang. Begrunnelsen for dette er at det blir mindre tid til hver pasient og at helsepersonellet noen ganger tyr til unødvendige

tiltak for å spare tid. I Gjerberg et al., (2013) kommer det frem at for å spare tid så får de pasienten til å bruke inkontinensbind da dette er tidsbesparende i forhold til å følge pasienten til toalettet. Kan det tenkes at det Martinsen (2000, s.26) sier om at vi skal se på pasienten som lik oss selv forsvinner? Det at vi skal identifisere oss med han og se han som et likeverdig menneske. Kroken (2011, s.32) sier at om en person opplever verdighet ligger i spørsmålet om menneskeverdet blir anerkjent uavhengig av tilstand og om det blir respektert. En kunne stilt spørsmål om sykepleiere ville gjort dette mot en pasient som hadde hatt muligheten til å uttrykke seg klart.

Opplevelser fra praksis er at demenspasienter nesten alltid har på seg en eller annen form for inkontinens utstyr når de er på sykehjem. Dette uavhengig om de er inkontinente eller ikke. Likevel er min erfaring at sykepleier fulgte pasienten til toalettet visst pasienten ytret ønske om det. Da jeg forhørte meg om dette var sykepleieren sin begrunnelse for å gjøre det på denne måten, at pasienten skulle oppleve verdighet. Pasienter som lider av langt kommet demens blir ofte inkontinente (Berentsen 2010, s. 355). Sykepleierne mente derfor at det var fare for at pasienten skulle lekke og at det potensielt ville krenke verdigheten til pasienten dersom uhellet skulle skje mens de satt på stuen med medpasienter.

Gjerberg et al., (2013) hevder at ufaglært helsepersonell oftere bruker tvang som å sette brett foran pasienten for å hindre han i å reise seg opp og bevege seg bort. I tillegg mener de at bruk av tvang er hyppigere i helgene på grunn av ufaglærte helgeassistenter. I studien sees bruk av tvang i sammenheng med faglig kompetanse eller mangel på det. Argumentet forsterkes når vi ser på studien til Testad et al., (2005). Der fikk helsepersonell en kombinasjon med teoriseminar og spesifikk veiledning for pasienter med utfordrende adferd. Resultatene i studien viste at bruk av tvang hadde blitt redusert med 54 % på tross av likt eller høyere aggresjons nivå. I følge verdighetsgarantien skal eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at alderdommen skal være trygg, meningsfull og verdig. Tjenestetilbudet skal sikre at respekt for den enkeltes selvbestemmelses rett, egenrett og livsførsel uavhengig av hvor tjenesten utføres (Verdighetsgarantien, 2011).

Som student kjenner jeg på at kunnskap om pasientrettigheter, forskrifter og øvrige lover og retningslinjer er noe av det viktigste jeg har tatt med meg på vei gjennom studiet. Det er retningsgivende i forhold til hvordan sykepleier bør og skal opptre. Tanken om at ufaglærte ikke har med seg dette inn i møte med den demente gjør at jeg stiller meg undrende til hvordan blant annet verdighetsgarantien skal kunne realiseres. Sykepleier har et ansvar

ovenfor medarbeidere som ikke skal oversees. De yrkesetiske rettingslinjene viser at sykepleier i følge punkt 4.2 har plikt til å ivareta et faglig og etisk veiledningsansvar for andre helsearbeidere som deltar i pleie og omsorgsfunksjoner (Sneltvedt, 2010, s.106). Martinsen (2000, s. 23-23) sier at vi sanser og at vi på en slik måte blir berørt av noe før vi forstår og at vi allerede da er i et etisk forhold til den andre. Jeg tenker at den ufaglærte sanser på denne måten, men mangler den faglige forankringen for å kunne forstå.

I Zeller et al., (2011) blir det vist til at måten helsepersonell oppfører seg på kan være av betydning for utfall av aggressiv oppførsel hos den demente. Helsepersonellet antar at stress, hastverk og ellers personlige problem kan føre til at pasienten føler en manglende empati. I tillegg mistenker deltakerne i studien at den demente kan merke dersom helsepersonellet går inn i møtet med frykt for pasienten. Martinsen (2000, s. 24-25) sier at sykepleier og pasient vil møte hverandre med de samme forhåpninger om å bli sett, hørt og tatt på alvor. Noen ganger kan sykepleiere oppleve at pasienten lukker seg som følge av frustrasjon over sykdom. I disse møtene må sykepleier forsøke å møte pasienten med positiv tone og holdning.

I tilfeller der sykepleier føler frykt for pasienten kan det tenkes at det er vanskelig å holde fokus på pasientens behov. Zeller et al., (2011) finner at det å snakke ut om situasjoner som oppstår er medvirkende til å finne nye måter å takle situasjoner på og at støtte fra medarbeidere gjør at de er helsepersonellet sterkere utrustet til neste møte med pasienten. Min erfaring med refleksjon i praksis er at det er tilfeldig når noen får tid til å sette seg ned å snakke om dagens hendinger. Hvis det hadde vært organisert tid til å reflektere i gruppe kan det tenkes at det kunne bidratt til å finne nye løsninger samtidig som å vise at dette er noe som skjer med alle. Zeller et al., (2011) sier at ingen av deltakerne i studien refererte til offisielle retningslinjer eller evidensbasert kunnskap i møte med den demente. I studien til Testad et al., (2005) fikk deltakerne en kombinasjon av teori og spesifikke retningslinjer. Når vi ser på resultatene i denne testen kan det sees på som at dette har ført til en økt toleranse hos helsepersonellet.

5.2 Forebyggende tiltak og strategier for å redusere bruk av tvang.

Gjerberg et al., (2013) finner i sin studie at intervensjoner for forebygging av tvang begynner allerede ved innkomstsamtaler. Sykepleier intervjuer pasient og pårørende for å bli kjent med pasientens bakgrunn samt daglige vaner og rutiner. Ved å gjøre dette arbeidet mener sykepleierne at det er større sjanse for å handle i tråd med pasientens ønsker selv om kommunikasjonen svikter. I Sverige har Lejman et al., (2013) gjort en studie som viser at

innkomsten er spesielt viktig siden sykepleiere allerede på dette stadiet opplyser pasienten om hvilke farer som kan oppstå ved ikke å bruke tvang. Eksempel på slik fare er at de kan falle ut av sengen og skade seg. På en slik måte forsøker de å få samtykke til bruk av sengehest eller annet utstyr som kan brukes for å holde tilbake pasientene. Kroken (2011, s.32) sier at verdighet er et viktig prinsipp for personer som risikerer å bli behandlet som uverdige. I studien til Lejman et al., (2013) mener sykepleierne at dette vil føre til en ro både for pasienten og pårørende. Videre kom det frem i studien at dersom pasienten lenge hadde hatt fysiske restriksjoner og aldri verbalt har klaget, antok sykepleieren at pasienten har gitt sitt samtykke. I pasientrettighetslova § 4A-4 går det frem at helsepersonellet hele tiden skal vurdere om bruk av tvang for å gjennomføre helsetiltak er nødvendig. Videre vil dette bety at dersom det ikke er nødvendig skal tiltaket avsluttes omgående (Helse og omsorgsdepartementet, 2006).

I studien til Gjerberg et al., (2013) kommer det frem at sykepleierne bruker avledning og bevisst bruk av språk for å unngå å havne i situasjoner der pasienten blir aggressiv og dermed en situasjon der det er mer sannsynlig å måtte bruke tvang. Jeg stiller meg litt undrende til hva det vil si å bruke bevisst språk. Kan det bety at sykepleieren bruker korte setninger som er lettere å forstå, eller at hun tar vekk alternativene til pasienten og bruker ordene mer som informasjon for å slå fast hva som skal skje. Siden språk ofte er et problem hos de som lider av demens kan jeg forstå at det skal brukes et forenklet språk slik at det lettere kan tolkes av den demente. Men om vi bruker språket for å eliminere vekk valgene til pasienten, tar vi da fra dem autonomien? I tvang i psykisk helsevern ser vi at tvang blir sett på som det motsatte av autonomi (Helse-Fonna, 2012). Gjerberg et al., (2013) sier at sykepleier kan bruke makt på en positiv og en negativ måte. De kan bruke makten til å involvere pasienten i situasjonen eller de kan bruke makten over pasienten til å utøve kontroll og ta avgjørelser for pasienten. Martinsen (2000, s. 24-25) sier at det er en maktforskjell i forholdet mellom sykepleier og pasient. Denne makten er forskjøvet mot sykepleieren og at i møte med pasienten gir dette en autoritetsstruktur som er nødvendig for å kunne hjelpe pasienten på en god og profesjonell måte.

Sykepleierne i Zeller et al., (2011) legger vekt på å berolige og distrahere pasienten. For å oppnå dette må sykepleier være oppmerksom sitt nonverbale og verbale språk. Hun må ha en rolig og avslappet stemme og kropp. Zeller et al., (2011) påpeker at dementes mellommenneskelige forhold ofte er intakt og at de derfor får med seg om sykepleieren stresser, haster eller har endringer i toneleiet. Gjerberg et al., (2013) peker på at fleksibilitet i

personalet er viktig. Flexibilitet som kan skape rom for intervensjoner som å la pasienten roe seg ned, forsøke igjen senere, bytte på personal eller la noen andre overta arbeidsoppgavene. I tillegg å ha nok personal til å ha en til en kontakt, som vil si å følge pasienten enten ved siden av eller på avstand. Dette er for å forhindre at pasienten skal kunne rote seg bort, komme ut i trafikken og lignende.

Ved å ha sykepleier med seg vil pasientens sikkerhet være bedret i forhold til om han skulle falle eller finne på å vandre ut i trafikken. Lejman et al., (2013) viser til elektroniske hjelpemiddel som GPS for å kunne unngå situasjoner som dette. Sykepleierne sier at elektronisk hjelpemiddel tillater pasienten å vandre fritt rundt på sykehjemmet på natten. Helsepersonellet vet hele tiden hvor han er og de kan lokalisere pasienten raskt dersom han skulle falle. I min praksiserfaring ser jeg fordeler og ulemper med begge disse intervensjonene. Å bruke en til en kontakt ved og fotfølge pasientene har i min erfaring blandet resultat. I mange tilfeller vil pasienten ha en oppfattelse av at jeg forfølger ham uansett om jeg forsøker å ha avstand og dette er noe som opprettholder eller øker aggresjonen. I følge Kroken (2011, s. 32) må menneskeverdet bli anerkjent uavhengig av tilstand og menneskeverdet må bli respektert. Et elektronisk hjelpemiddel er et stort inngrep i noens liv, men det kan likevel tenkes at det for pasienten oppleves som større bevegelses frihet og økt rett til å bestemme selv, økt autonomi og derfor også oppleves som en mindre inngripen. I min erfaring ser jeg at det å bruke elektroniske hjelpemidler ikke er problemfritt. Den demente kan ha store problemer med å orientere seg, bli frustrert når han ikke kjenner seg igjen og kan gå inn på andre pasienters rom og på en slik måte opprøre både seg selv og medpasienter. Dersom han finner på å gå ut er det ingen som kan hindre den demente å gå ut i trafikken og han kan dermed være i potensiell fare.

Dersom pasienten er aggressiv og blir oppfattet som truende mot helsepersonellet eller medpasienter er skjerming ifølge Gjerberg et al., (2013) en intervensjon som kan bli tatt i bruk for å beholde kontroll i situasjonen. Jeg har erfart at pasienter ikke bare blir skjermet på grunn av aggressiv oppførsel, men også for at pasienten opptrer upassende. For eksempel har det hendt at pasienten har kledd av seg og kommer ut i stuen i bare undertøy. Dette kan riktig nok være opprørende for medpasienter, men slik jeg ser det setter det også pasientens verdighet på spill. Her gjør det Knutstad (2011, s. 21) sier om adferds dimensjon gjeldene. Om hvordan vi skal opptre for å være verdige og hvordan andre skal opptre for å ivareta verdighet. Altså er det viktig når pasienten ikke selv kan opptre verdig at sykepleieren hjelper pasienten til å ivareta verdigheten ved å ta pasienten ut av situasjonen. I slike tilfeller kan det

tenkes at sykepleier må bruke svak paternalisme. At hun slik som Martinsen (2000, s. 24) sier bruker maktforskyvningen til å utøve autoritet over pasienten. Lejman et al., (2013) ser at strategiene blir sett på som å handle med gode intensjoner. Det kommer også frem at på tross av at tvang er ulovlig i Sverige, ser sykepleiere av og til ingen andre utveier enn å utøve tvang i enkelte situasjoner.

6.0 Avslutning

I oppgaven har jeg sett på hvilke forhold på et sykehjem som er av betydning for problemstillingen. Jeg har kommet frem til at høy grad av profesjonalitet kreves for å kunne bidra til å redusere bruk av tvang og samtidig ivareta verdigheten hos den enkelte. Deltakerne i samtlige studier sier at bruk av ufaglærte er av betydning for bruk av tvang. Sykepleier skal være oppdatert og jobbe ut fra evidensbasert kunnskap og retningslinjer. Som sykepleier er det viktig å huske at hun har et ansvar for å informere og undervise andre medarbeidere. Å organisere refleksjonsgrupper i demensteam kan bidra til en kontinuerlig prosess etter å finne god sykepleie. Da vil alle som jobber på en slik avdeling få muligheten til å reflektere for å rekonstituere og for å se på nye og bedre løsninger for å unngå bruk av tvang. Prinsippet om verdighet kan være en grunnstein i refleksjonen. Jeg har sett på hvilke forebyggende tiltak og strategier sykepleierne benytter seg av i møte med demente med utfordrende adferd.

Oppgaven forteller meg at det ikke finnes noe enkelt svar på dette. Tiltak og strategier må settes i sammenheng med hver enkelt pasient og at en strategi kan ha god effekt en dag, men ikke neste. Sykepleierne virker som de vet hvilke strategier og tiltak som kan brukes, men at de ikke alltid prøver å se og forstå pasientens behov og at fokuset heller mot den tekniske delen som skal utføres. Sykepleier må huske å se på pasienten som et likeverdig menneske og ha fokus på dette når hun går inn i samarbeid med den demente på sykehjem.

Referanseliste

- Austgard, K. (2010). *OMSORGSFILOSOFI I PRAKSIS – Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien*. 2. utg. Oslo: Cappelen Forlag AS.
- Berentsen, V., D. (2010). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, M. Brodtkorb & A., H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie god sykepleie til den gamle pasienten* (1. utg. s.350-382). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Forskrift for sykehjem m.v. (2013). *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie*. Hentet 20. januar 2014 fra <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932>
- 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.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006). *Om lov om endringer i pasientrettslova og biobanklova (helsehjelp og forskning - personar utan samtykkekompetanse)*. Oslo: Departementet. Kap. 8, s. 85-88 Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/20052006/otprp-nr-64-2005-2006-/8.html?id=188315>
- Helse-Fonna (2012, 22. november). *Tvang i psykisk helsevern*. Hentet 14. januar 2014 fra <http://helse-fonna.no/omoss/avdelinger/alderspsykiatrisk-seksjon/undervising-og-planlegging/tvang-i-psykisk-helsevern.pdf>
- 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* (1. utg. s. 207-229). Akribe AS.
- Kirkevold, Ø. (2005). Bruk av tvang i sykehjem. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 125(10),1346 – 1348. Hentet 19. februar fra <http://tidsskriftet.no/article/1192223>
- Knutstad, U. (2011). Pasienten i sentrum i helsetjenesten. I U. Knutstad (red.). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (3. utg. s. 19-25). Akribe AS.
- Kroken, J. (2011). *Bruk av tvang og makt*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Kunnskapssenteret (2008). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar*. Hentet 16. Januar 2014 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verkt%C3%B8y/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartiklar;jsessionid=1108B3C80FAF17FCF25AE914E16BF7FF>
- Lejman, E., Westerbotn, M., Pöder, U., Wadensten, B. (2013). The ethics of coercive treatment of people with dementia. *Nursing Ethics*, 2013 May; 20 (3): 248-62. (36 ref.). DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733012463721>
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Polen: OZGraf SA.
- Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus*. (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nortvedt, M., W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Reinart, L., M. (2011). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. AIT Otta AS.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pasient- og brukarrettighetslov (1999). *Lov om pasient og brukarrettigheter av 2. Juli 1999 nr. 63*. Hentet 01. februar 2014 fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html>
- Rokstad, A., M., M., & Smebye (2008). *Personer med demens: Møte og samhandling*. Akribe AS.
- Sneltvedt, T. (2010). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (2.utg., s. 97-116). Gyldendal akademisk.
- Støren, I. (2013). *Bare søk: Praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudier* Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Testad I., Aasland, A., M., Aarsland, D. (2005). The effect of staff training on the use of restraint in dementia: a single-blind randomised controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2005 Jun; 20 (6): 587-90.
- Zeller, A., Dassen, T., Kok, G., Needham, I., & Halfens, R., JG. (2011). Nursing home caregivers' explanations for coping strategies with residents' aggression: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 20, (17/18), 2469-2478. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03722.x

Verdighetsgarantien (2011). *Forskrift om en verdig eldreomsorg*. Hentet 20. januar 2014 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/smk/Nyheter-og-pressemeldinger/pressemeldinger/2010/verdighetsgarantien.html?id=624134>

Vedlegg

Vedlegg 1 Søk

Søk 1

Søk i CINAHL 15.01.2014			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	dementia		25897
S2	Staff training		10087
S3	agitation		2475
S4	(agitation) AND (S1 AND S3)		821
S5	((agitation) AND (S1 AND S3) AND (S2 AND S4)		20
S6	((agitation) AND (S1 AND S3)) AND (S2 AND S4)	Full Text Peer reviewed	7

*I dette søket fant jeg artikkel nummer 5: *The effect of staff training on the use of restraint in dementia: a single-blind randomised controlled trial*. Testad, Aasland & Aarsland (2005).

Søk 2

Søk i CINAHL 21.01.2014			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Dementia		25944
S2	Aggression		5094
S3	Nursing homes		18163
S4	Problem behavior		5507
S5	Coercion		1235
S6	Dignity		3292
S7	(dignity) AND (S1 AND S4)		1
S8	S1 AND S4		192
S9	S3 AND S8		46
S10	S5 AND S9		0
S11	S5 AND S9	Smart Text	46476
S12	S3 AND S8	Full Text	17
S13	S3 AND S5		6
S14	S3 AND S5	Full Text	4

* I dette søket fant jeg artikkel nummer 1: *How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study*, Gjerberg, Hem, Førde & Pedersen (2013). Og nummer 4: *Nursing home caregivers` explanations for coping strategies with residents` aggression: a qualitative study* Zeller, Dassen, Kok, Needham & Halfens (2011).

Søk 3

Søk i CINAHL 21.01.2014			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Dementia		25968
S2	Nursing home		35253
S3	Problem behavior		5512
S4	Aggression		5101
S5	Coercion		1236
S6	(coercion) AND (S1 AND S5)		8
S7	((coercion) AND (S1 AND S5)) AND (S2 AND S6)		3
S8	((coercion) AND (S1 AND S5)) AND (S2 AND S6) AND (S1 OR S2)		3
S9	((coercion) AND (S1 AND S5)) AND (S2 AND S6) AND (S1 OR S2)		2
S10	((coercion) AND (S1 AND S5)) AND (S2 AND S6) AND (S1 OR S2)		1

*I dette søket fant jeg artikkelen: *The ethics of coercive treatment of people with dementia.*

Lejman, Westerbotn, Pøder & Wadensten (2013).

Vedlegg 2 Resultat tabell

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
Gjerberg, Hem, Førde & Pedersen (2013) <i>How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study</i>	Hensikten er å undersøke hva strategier og intervensjoner helsepersonell i Norge bruker når demente motsetter seg behandling og hvilke forhold som må til for å unngå bruk av tvang.	Norsk kvalitativ studie der det er brukt fokus grupper. Det ble foretatt 11 tverrfaglig fokusgruppe intervju. Intervjuene hadde en varighet på ca 2 timer. Alle intervjuene ble tatt opp og transkribert.	Deltakere er sykepleiere, hjelpepleiere og noen ansatte uten formell utdanning, til sammen 60 deltakere.	Funn i studien peker på at helsepersonellet har mange intervensjoner som prøves ut før bruk av tvang blir aktuelt. Personalet mener også at bruk av tvang henger sammen med hvor høy grad av fagfolk som er på jobb.
Zeller, Dassen, Kok, Needham & Halfens (2011) <i>Nursing home caregivers' explanations for coping strategies with residents' aggression: a qualitative study</i>	Hensikten er å se på personalets perspektiv når det gjelder forhold og situasjoner på pasientenes aggresjon og praktiske strategier for at personalet skal beherske aggresjon.	Kvalitativ studie i sveits bestående av fokus grupper. Semi-strukturerte intervjuer som varte mellom 60 og 90 minutter. Etter ordrett transkripsjon ble intervjuene analysert av førsteforfatter ved bruk av kvalitativ innholds analyse.	Alle involverte deltok i direkte omsorg for pasienten. 18 autoriserte sykepleiere, 5 hjelpepleiere og syv sykepleiestudenter i siste år av utdanningen, 2 av deltakerne var menn. Gjennomsnittsalderen var 35,5år. Alle deltakere hadde minimum 1 års yrkeserfaring.	Resultatene blir fremstilt gjennom tre temaer; Forklaringen til aggressiv atferd, her er det tatt med både pasient og pleier relaterte faktorer. Hvordan aggressiv atferd blir håndtert og strategier som blir brukt når personalet blir konfrontert med aggressiv atferd.

<p>Lejman, Westerbotn, Pøder & Wadensten (2013) <i>The ethics of coercive treatment of people with dementia</i></p>	<p>Hensikten er å beskrive hvordan sykepleiere i sykehjem kan sikre god og sikker sykepleie som er innenfor lovverket samtidig å opprettholde demenspasientens verdighet. Selv etter at lov om bruk av tvang ble opphevet.</p>	<p>Svensk kvalitativ studie. For å samle data ble det brukt Semi strukturerte intervju. Intervjuene varte fra 30 til 60min. De ble tatt opp på lydbånd og transkribert ordrett.</p>	<p>Deltakere er 10 sykepleiere, på 10forskjellige sykehjem. Alle deltakerne er kvinner med gjennomsnittsalder på 47år. Det er mer enn 5år siden de fikk sin autorisasjon som sykepleier.</p>	<p>Funnene resulterte i 3 temaer for å beskrive sykepleierens strategier: en med bruk av tvang, en med bruk av tvang under spesifikke omstendigheter og en for å unngå bruk av tvang.</p>
<p>Testad, Aasland & Aarsland (2005) <i>The effect of staff training on the use of restraint in dementia: a single-blind randomised controlled trial.</i></p>	<p>Hensikten med studien er å redusere problem oppførsel og bruk av tvang hos pasienter med demens ved hjelp av et treningsprogram for ansatte.</p>	<p>Norsk Kvantitativ studie. Dette er en randomisert kontrollert single-blind studie. Kliniske data ble hentet ved hjelp av måleskala Brief Agitation Rating Scale(BARS)og hyppigheten av bruk av tvang ble vurdert ved hjelp av standardiserte intervju.</p>	<p>4 Sykehjem deltok i studien, ved randomisering ble 2 sykehjem i intervensjonsgruppen og to i kontrollgruppen. Det var 55 pasienter i intervensjonsgruppen med snitt alder på 84,9 og 96 pasienter med snitt alder på 84år. Det var 14 ansatte i intervensjonsgruppen og 22 i kontrollgruppen</p>	<p>Andelen pasienter som bruker antipsykotiske medikament avviker ikke signifikant i gruppene. Der i mot var det en større andel som brukte antidepressiva i intervensjonsgruppen. Til å begynne med avviker ikke antall ganger det blir brukt tvang i mellom gruppene. Men etter oppfølging er det en signifikant nedgang i bruk av tvang i intervensjonsgruppen (p=0,017)</p>