



Høgskulen
på Vestlandet

Eksamensinnlevering

Emnekode: SYKSB 3001

Emnenamn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling

Eksamensdel: 1

Innleveringsfrist: 27.04.2017 kl. 14.00

Kandidatnummer: 361

Vegleiar: Christine Øye

Velmeinande overtaling – eller tvang?



Illustrasjonsfoto: ImageQuest

Bacheloroppgåve i sjukepleie

Høgskulen på Vestlandet avd. Stord

Kull 2014

Antall ord: 8978

Samandrag

Tittel: Velmeinandende overtaling – eller tvang?

Bakgrunn for val av tema: Mi erfaring frå praksis, var at tvang vart mykje brukt i den daglege omsorga til pasientar som lever med demens i sjukeheim. Eg ynskjer å finne ut meir om kva type tvang som vert nytta, under kva forhold og korleis sjukepleiar kan bidra til redusera tvangsbruken.

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiar ivareta autonomien til personar som lever med demens i sjukeheim og redusera bruken av tvang gjennom omsorg?

Hensikt: Hensikt med oppgåva var å få meir inngåande kunnskap om korleis sjukepleiar kan ivareta verdigheit og autonomi til pasientar som lever med demens, og kva alternative metodar ein kan nytte for å unngå tvang.

Metode: Oppgåva er ein litteraturstudie, der søk i databasane Cinahl og Svemed+, i tillegg til manuelle søk ført fram til valte artiklar. Seks artiklar, i tillegg til omsorgsteori frå Kari Martinsen og den personsentrerte omsorgsteorien frå McCormack & McCance dannar grunnlaget for drøftinga, saman med eiga erfaring frå praksis.

Funn: Forsking viser at pasientar som lever med demens i sjukeheim vert utsett for tvang i den daglege omsorga. Det går fram av artiklane at for lite personale, for få personale med relevant kompetanse innan demensomsorg og mange arbeidsoppgåver som ikkje er pasientrelatert gjer at personalet ikkje har tid til å prøve alternative tiltak til tvang. Kontekstuelle forhold som pleiekultur, pasientgruppe og forhold til leiinga har og innverknad på bruken av tvang.

Nøkkelord: Tvang, demens, personsentrert omsorg, autonomi, verdigheit og sjukeheim

Summary

Title: Intentioned persuasion – or coercion

Background: My experience from practice was that coercion was used extensively in the daily care of patients living with dementia in nursing homes. I would like to find out more about which type of coercion is being used, under what conditions and how nurses may contribute towards the reduction of coercion.

Question: How can nurse safeguard the autonomy of people living with dementia in nursing homes and reduce the use of coercion through care?

Purpose: The purpose of the study was to gain more in depth knowledge of how nurses can safeguard the dignity and autonomy of patients living with dementia, and what alternative methods one can use to avoid coercion.

Method: The thesis is a literature study, and searches in the databases Cinahl and Svemed +, in addition to manual searches led to the selected articles. Six articles, in addition to caring philosophy of Kari Martinsen and the person-centered care theory of McCormack & McCance, form the basis for discussion along with personal experience from practice.

Findings: Research shows that patients who is living with dementia in nursing homes are subjected to coercion in the daily care. It is evident from the articles that too little staff, too few staff with relevant expertise in dementia-care and too many tasks that are not patient-related, means that staff do not have time to try alternative measures to coercion. Contextual factors like work environment, patient-group and the relationship towards the management, also have an impact on the use of coercion.

Key word: Coercion, dementia, person-centered care, autonomy, dignity and nursing homes

Innhold

1.0 Innleiing	1
1.1 Bakgrunn for val av tema	1
1.2 Problemstilling.....	2
1.2.1 Avgrensing.....	2
1.3 Hensikt	2
2.0 Teori.....	2
2.1 Sjukepleieteoretisk perspektiv.....	2
2.1.1 Kari Martinsen - omsorgsteori.....	2
2.1.2 Personsentrert omsorg i demensomsorg.....	3
2.2 Demens.....	4
2.3 Tvang i demensomsorg	4
2.4 Autonomi.....	5
3.0 Metode	6
3.1 Litteraturstudie.....	6
3.2 Framgangsmåte for funn av forskingsartiklar	6
3.3 Kritiske vurderingar	7
3.3.1 Etske vurderingar	7
3.3.2 Metodekritikk.....	8
3.3.3 Kritisk vurdering av artiklane	8
4.0 Resultat	9
4.1 Samandrag av forskingsartiklane.....	9
4.2 Oppsummering av hovudfunna	13
5.0 Drøfting.....	14
5.1 Tvang og korleis det vert utøvd.....	14
5.2 Konsekvensar av krenking og tvangsbruk – tvang for kven?.....	15
5.3 Relasjon, tillit og makt	16
5.4 Tvangsreducerande tiltak – sjukepleiar si rolle	18
5.5 Kontekstuelle forhold som innverkar på tvangsreduksjon	20
6.0 Avslutning	21
Kjelder	23
Vedlegg 1: Søketaellar	26
Vedlegg 2: Resultattabell.....	29

An Old Lady's Poem

*What do you see, nurses, what do you see?
What are you thinking when you're looking at me?
A crabby old woman, not very wise,
Uncertain of habit, with faraway eyes?
Who dribbles her food and makes no reply
When you say in a loud voice, "I do wish you'd try!"
Who seems not to notice the things that you do,
And forever is losing a stocking or shoe.....
Who, resisting or not, lets you do as you will,
With bathing and feeding, the long day to fill....
Is that what you're thinking? Is that what you see?
Then open your eyes, nurse; you're not looking at me.*

*I'll tell you who I am as I sit here so still,
As I do at your bidding, as I eat at your will.
I'm a small child of ten ...with a father and mother,
Brothers and sisters, who love one another.
A young girl of sixteen, with wings on her feet,
Dreaming that soon now a lover she'll meet.
A bride soon at twenty -- my heart gives a leap,
Remembering the vows that I promised to keep.
At twenty-five now, I have young of my own,
Who need me to guide and a secure happy home.
A woman of thirty, my young now grown fast,
Bound to each other with ties that should last.
At forty, my young sons have grown and are gone,
But my man's beside me to see I don't mourn.
At fifty once more, babies play round my knee,
Again we know children, my loved one and me.
Dark days are upon me, my husband is dead;
I look at the future, I shudder with dread.
For my young are all rearing young of their own,
And I think of the years and the love that I've known.*

*I'm now an old woman ...and nature is cruel;
'Tis jest to make old age look like a fool.
The body, it crumbles, grace and vigor depart,
There is now a stone where I once had a heart.
But inside this old carcass a young girl still dwells,
And now and again my battered heart swells.
I remember the joys, I remember the pain,
And I'm loving and living life over again.
I think of the yearsall too few, gone too fast,
And accept the stark fact that nothing can last.*

*So open your eyes, nurses, open and see,
Not a crabby old woman; look closer, see ME!!*

-unknown-

1.0 Innleiing

1.1 Bakgrunn for val av tema

Gjennom dei ulike praksisane i studiet, og spesielt perioden på demensavdeling, har eg som student erfart at det vert nytta mykje tvang. I følgje pasient- og brukarrettighetslova (1999) kan ein bruka tvang for å gjennomføra naudsynt helsehjelp til personar utan samtykkekompetanse, men tillitsskapande tiltak skal prøvast først. Det er både fagleg og etisk utfordrande å ivareta pasienten sin verdigheit og grunnleggjande behov når pasienten motset seg hjelp. Kvar skilje går mellom frivilligheit og tvang kan ofte vere vanskeleg å vurdere. Kva som er naudsynt helsehjelp og kva som er rekna som tvang, verkari praksis å vera litt flytande og mi erfaring er at tvang vert nytta sjølv om det ikkje er snakk om naudsynt helsehjelp, og sjølv om pasienten tydeleg protesterar på situasjonen.

Rundt 77.000 menneske i Noreg har ein eller annan form for demenssjukdom (Folkehelseinstituttet, 2015), og mange av desse bur på institusjon. Felles for dei som bur på demensavdelinga er at dei har ei form for demenssjukdom. Ikkje alle ein fastsett diagnose, men dei har symptom som kan samanliknast med dei som har denne sjukdommen. Desse pasientane treng alle hjelp og vegleing for å kunne ivareta sine grunnleggjande behov, men her stoppar gjerne det som er felles. Kvar pasient har sin individuelle livshistorie, sine egne vanar og egne opplevingar. Det som fungerer for den eine, er kanskje heilt feil for den andre. Likevel skal alle desse pasientane bu saman på ei avdeling og fungere innan dei rutineane som er der. Mi erfaring er at slike avdelingsrutinar ofte er vanskeleg å endre på, eller tilpasse den enkelte bebuar sine behov eller ynskje.

Som student i praksis synes eg det har vore interessant å observere korleis dei ulike pleiarane løyser situasjonane som oppstår, og kor stor forskjell det er på kva dei legg til grunn for bruk av tvang. Det kan vere situasjonar der personalet veit at bebuaren kosar seg veldig når det songstund, men når ein spør om dei vil delta er svaret alltid nei. Skal personalet akseptere svaret, eller prøve å motivere bebuaren til å delta, då ein erfaringsmessig veit at vedkommande likar godt denne aktiviteten? Andre situasjonar kan vere bebuarar som vandrar, og korleis dei hindrar personen i å forlate avdelinga. Enkelte brukar overtaling og lokking for å få bebuaren på andre tankar, bort frå utgangsdører og liknande, medan andre går ein tur saman med pasienten. Det er vanskeleg å skilje kva som er motivering og kva som grensar til tvang/manipulering, og derfor vil eg gjennom denne oppgåva sjå på dei ulike typane tvang

som vert brukt ovanfor demente pasientar i sjukeheim, og korleis sjukepleiaren og anna helsepersonell kan redusera bruken av tvang.

1.2 Problemstilling

Korleis kan sjukepleiar ivareta autonomientil personar som lever med demens i sjukeheim og redusera bruken av tvang gjennom omsorg?

1.2.1 Avgrensing

Som ein del av avgrensinga har eg tatt utgangspunkt i personar som har fast plass på sjukeheim, og som er i eit stadium av sjukdommen der dei enno kan uttrykke meininga og ynskja sine. Eg vil sjå på tvang i vid forstand, både formell og uformell tvang, og korleis dette kan innverka på pasienten sin verdigheit, oppleving av å bli krenka og korleis omgrepet omsorg kan forståast i samanheng med bruk av tvang. Vidare vil eg fokusere på korleis sjukepleiar kan redusere bruken av tvang gjennom omsorg, og kva organisatoriske og kontekstuelle faktorar som kan fremma og hemma tvangsreduksjon.

1.3 Hensikt

Eg ynskjer å finne ut meir om bruken av tvang i demensomsorg, korleis dette påverkar personen sin verdigheit, og korleis helsepersonell kan jobbe for å ivareta pasienten sin autonomi, òg i situasjonar der tvang er naudsynt. Hensikta med oppgåva er å auke kunnskapen og bevisstgjeringa rundt bruken av tvang, og finne gode metodar og tiltak for å redusere bruken av tvang i demensomsorg.

2.0 Teori

2.1 Sjukepleieteoretisk perspektiv

2.1.1 Kari Martinsen - omsorgsteori

Kari Martinsen er ein norsk sjukepleieteoretikar som har skriva ei rekkje artiklar og bøker om omsorgsfilosofi, historie og sosialpolitikk (Kirkevold, 2000, s 198-200). Martinsen hevdar at omsorg må vera ein føresetnad for sjukepleieutøving, og hennar omsorgsteori byggjer på eit kollektivistisk menneskesyn, der ein som menneske er gjensidig avhengig av kvarandre, og at omsorg då blir eit relasjonelt omgrep. Med dette menneskesynet er avhengigheiten ikkje meint som ein motsetnad til det å vere sjølvhjulpen, slik det kan vere ved eit individualistisk

menneskesyn (Martinsen, 2003, s.14).Martinsen er kritisk til eigenomsorg som livsfortolking, då mange pasientgrupper ikkje kan forventast å greie seg sjølv. Omsorgsmoral handlar om omsut for den svake, der omsorgsgivar gjev hjelp og omsorg ut frå tilstanden til omsorgsmottakaren, og der han ikkje handlar ut frå ei forventning om å få noko att. Martinsen meiner omsorg er eit mål i seg sjølv, og er retta mot dei svake gruppene som ikkje er sjølvhjulpne (Martinsen, 2003, s. 16). I ein slik relasjon mellom givar og mottakar av omsorg er det ein ubalanse i maktforholdet, der givaren i kraft av å vere ein fagperson har kunnskap som mottakaren ikkje har, og denne maktposisjonen omtalar Martinsen som svak paternalisme. Sjukepleiaren handlar ut frå det som ho fagleg meiner er best for pasienten, og Martinsen meiner dette må vere overordna pasienten sin autonomi (Gjengedal, 2000, s.49).

2.1.2 Personsentrert omsorg i demensomsorg

Personsentrert omsorg til personar med demens er sentralt i sjukepleiefaget, og byggjer på omsorgsfilosofien til Tom Kitwood. Dette er ein måte å jobbe på som tar utgangspunkt i tanken om at kvar og ein person som lever med demens har trong for individuelt tilpassa sjukepleie som omfattar heile personen (Rokstad, 2014, s. 28). Gjennom å bli kjent med personen, livshistorien, interesser og verdiar kan sjukepleiar, og andre gje betre pleie og omsorg som byggjer på empati og forståing for det enkelte menneske, trass i diagnosen (Helsedirektoratet, 2017).

Hovudelementa i Kitwood sin omsorgsfilosofi inneber å **verdsette menneske** med demens, og at personen blir oppfatta som eit fullverdig menneske og samfunnsborgar gjennom heile sjukdomsforløpet. **Tilpassa og individuell** pleie til menneske med demens og deira pårørande. Å jobbe for å **forstå** kvar enkelt sitt behov, deira ynskjer og synspunkt. Å sørgje for eit **sosialt miljø som er støttande** og ivaretakande for personen (Rokstad, 2014, s. 28). Målet for sjukepleiaren er å finne måtar og tiltak som kan kompensere for personen sin progredierande kognitive svikt. Kva tiltak som er aktuelle vil variere i takt med sjukdomsutviklinga og personen sine individuelle preferansar, og her vil kjennskap til personens livshistorie spele ei viktig rolle (Rokstad, 2014, s.26).

For å kunne oppnå personsentrert demensomsorg må enkelte element vere på plass. Rammeverket for desse elementa vart utvikla av Brendan McCormack og Tanya McCance. Dei fire grunnpilarane i dette rammeverket er **forutsetningar** – som fokuserar på sjukepleiaren sine eigenskapar, **omsorgsmiljøet** – som fokuserar på miljøet der omsorgen vert utøva og tatt i mot og inkluderar forholdet mellom personalet og personalet sitt forhold til

leiarane og systemet, **personsentrert prosess** – som fokuserar på å gje individuell omsorg gjennom aktivitetar som inkluderar, støttar og aukar deltaking og medbestemming, **og utfall** – som er resultatet av personsentrert omsorg i form av mottakar sin tilfredsheit med pleien, involvering i pleien og kjensle av velvære (McCormack & McCance, 2010, s. 3). Tanken er at alle desse elementa må fungere saman for å kunne gje god og heilskapleg sjukepleie til pasientane gjennom personsentrert omsorg.

2.2 Demens

Demens er ein kognitiv hjernefunksjonssvikt med gradvis forverring av sjukdomsbiletet, som ramar tidlegare kognitivt friske menneske (Bertelsen, 2011, s.326). Det er fleire ulike typar demens, og den vanlegaste forma av sjukdommen er Alzheimers. Symptoma som utgjer eit typisk klinisk bilete ved Alzheimer demens er gradvis nedsett hukommelse, redusert orienteringsevne, personlegdomsendringar, språkvanskar og evne til å utføre daglegdagse oppgåver (Rokstad, 2014, s 10). Diagnosen vert stilt på bakgrunn av kliniske funn og MR-bilete som viser endringar i hjernen. Det er per i dag ingen kurativ behandling for sjukdommen, men medikament som aukar acetylkolineffekten i hjernen kan ha ein bremsande effekt (Bertelsen, 2011, s.327). Rundt 77.000 har ein eller anna form for demens i Noreg, og en stor del av desse bur på sjukeheim (Folkehelseinstituttet, 2015). Symptoma utviklar seg over tid, og avhengig av kva type demenssjukdom det er varierar tidsrommet på sjukdomsforløpet. Ei gruppe pasientar som bur på same avdeling på sjukeheimen vil derfor vere i ulike stadium av sjukdommen, og symptoma vil variere. Kva type demens pasienten har, kva del av hjernen som er ramma og personlege- og sosiale faktorar vil vere med å påverke symptom hos den enkelte pasient (Berentsen, 2010, s.355).

2.3 Tvang i demensomsorg

Bruk av formell tvang er regulert av fleire ulike lover som t.d. helsepersonellova, pasient- og brukarrettighetslova, helse- og omsorgstjenestelova og lova om psykisk helsevern. Dei lovene som er aktuelle i behandling av personar med demens er helsepersonellova kapittel 2 som omhandlar augenblikkeleg hjelp (Helsepersonelloven, 1999), og pasient- og brukarrettighetslova kapittel 4A som omhandlar høve til å gje naudsynt helsehjelp til personar utan samtykkekompetanse som motset seg behandling (Pasient- og brukarrettighetsloven, 1999). Det går fram av kapittel 4A som vart innført 1.januar 2009 at tillitskapande tiltak skal vera prøvd først. Dersom det å ikkje gje helsehjelp kan føre til

vesentleg helseskade for pasienten, at helsehjelpa bli sett på som naudsynt og at tiltaka står i samsvar med trongen for helsehjelp, kan ein gje helsehjelp mot pasienten sin vilje dersom ein ser dette som det beste for pasienten (Slettebø, 2010, s.178). Formell tvang omfattar bruk av fysiske tvangsmidlar, tvangsmedisinering, atthalding på institusjonen og skjerming. Med uformell tvang meiner ein metodar for å få pasienten til å gjere noko han i utgangspunktet ikkje ynskjer, ved bruk av lokking, luring, overtaling, manipulering og liknande (Øye, 2015). I demensomsorg vil tvangsmedisinering ofte vere å skjule medikament i mat (Øye, 2014, s. 48).

Å vurdere samtykkekompetansen til personar med demens kan vere utfordrande. Sjølv om personen på enkelte områder manglar innsikt og evne til å ta avgjerdsle basert på mottatt og forstått informasjon, vil dette ikkje nødvendigvis gjelde alle situasjonar. Vurdering av samtykkekompetanse bør derfor gjerast i kvar enkelt situasjon, og omsyn til personen sine egne val i situasjonar der konsekvensane er små bør vektleggast (Thoen & Skraastas, 2015).

Bruk av tvangsvedtak skal alltid dokumenterast, og skal bli jamleg gjennomgått og evaluert. Eit vedtak kan berre fattast for inntil eit år om gangen, og det skal gå fram av vedtaket kva konkrete tiltak som skal iverksettast med tvang og kvifor (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

2.4 Autonomi

Ordet autonomi kan oversettast til sjølvbestemming, og samtykkekompetanse tyder at personen er i stand fysisk og psykisk til å ivareta egne interesser (Slettebø, 2010, s.173). I dagens samfunn vert det lagt stor vekt på sjølvbestemming òg med tanke på helsehjelp og behandling. Brukaren av helsetenesta sine ynskjer og meiningar skal i stor grad vektleggast i utforming av tenestetilbodet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Alle pasientar har rett på informasjon om eigen helsetilstand og behandling i følgje pasientrettighetslova. For at personen skal kunne vere med å ta ei avgjerdsle må dei ha fått tilstrekkeleg og forståeleg informasjon som gjer dei i stand til å ta eit val. Dersom pasienten ikkje har samtykkekompetanse må pårørande eller verje vere med å ta avgjerdsle som omhandlar behandling og pleie (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Dersom det er vurdert at helsehjelp skal gjevast mot pasienten sin vilje, skal behandlinga tilretteleggast med respekt for og ivaretaking av pasienten sin integritet. For bebuarar på sjukeheim kan det opplevast krenkande når integriteten deira vert trua gjennom manglande verdsetting, medbestemming, og respekt for personleg sfære (Kirkevold, 2010, s. 96-98).

3.0 Metode

Ein metode er ein reiskap som seier noko om korleis ein skal finne den nyaste og mest relevantekunnskapen, for å svare på ein problemstilling. Den metoden ein meiner best kan framskaffe aktuell data for å svare på problemet, vil vere grunnen for å velje den bestemte metoden (Dalland, 2012, s.111).

3.1 Litteraturstudie

Det er eit krav at bacheloroppgåva skal ha litteraturstudie som metode for å finne svar på problemstillinga som er valt. Ein litteraturstudie er ein systematisk gjennomgang av kunnskap som allereie er publisert om eit tema (Christoffersen, Johannesen, Tufte & Utne, 2015, s.62). Ved bruk av metoden skal ein systematisere og samanfatte den allereie eksisterande kunnskapen, og ut frå dette kritisk vurdere og trekke eigne slutningar frå funna i forskinga for å finne svar på problemstillinga (Støren, 2012, s.17). For å få eit godt og nyansert svar er det avgjerande å ha nok materiale å bygge slutninga på. I denne oppgåva vil både teori og eigne erfaringar vere med å underbygge svaret på problemstillinga, i tillegg til funna i artiklane (Støren, 2012, s.39).

3.2 Framgangsmåte for funn av forskingsartiklar

For å finne aktuelle forskingsartiklar har eg nytta databasane CINAHL og SveMed+ som ligg inne på høgskulen sine nettsider. Dette er databasar som begge inneheld sjukepleiefaglege forskingsartiklar, og eg er kjent med søk i desse frå før. For å avgrense søket i CINAHL vart det nytta ulike inklusjon- og eksklusjonskriterier.

- Full text - Erfaring med tidlegare søk har vist seg å resultere i artiklar som ikkje er tilgjengelege om dette kriteriet ikkje er valt.
- Dato 2011-2017– Det er eit krav om at kunnskapen og forskinga skal vera av nyare dato. Sjølv om enkelte artiklar kan vere aktuelle sjølv med eldre dato, har eg valt å bruke dette kriteriet for å ikkje få for mange treff.
- Abstract available – Vart brukt for å gjere det meir oversikteleg og raskare å finne fram til artiklar som kunne brukast. Ved å lese abstrakt får ein eit lite samandrag av artikkelen, og kan lettare vurdere om dette er aktuelt basert på meir enn berre overskrifta.

For å gjere problemstillinga meir søkbar har eg valt å bruke PICO – skjemaet for å tydeliggjere kva søkeord som er aktuelle å bruke. Ord som vart brukt var pasient, sykehjem, demens, tvang, verdighet og samtykke. I CINAHL blei orda oversatt til patient, nursinghome, dementia, coercion, restraint, dignity og autonomy. Søkeorda vart nytta kvar for seg, og for å redusere antall treff vart dei kombinert. Tvang kan på engelsk oversettast til både coercion og restraint, og for å få størst mulig bredde i resultatet vart begge orda nytta i individuelle søk. Ved å gjere dette vart det to ulike resultat som begge førte til aktuelle treff. I SveMed+ vart søka gjort med norske søkeord. Det første utvalet vart gjort ved å lese overskrifter og abstrakt, og aktuelle artiklar vart tatt med ut frå dette. Studiar gjort i land utanfor Norden vart ikkje tatt med i utvalet, då eg vurderte dei til å ha mindre overføringsverdi enn artiklar som baserte seg på data samla inn i landa med tilsvarande helsevesen som i Noreg.

Dei valte artiklane vart grundig gjennomgått og kvalitetsvurdert, ikkje berre ut frå innhald, men og punkta på sjekklista for kvalitative studiar frå boka Jobb kunnskapsbasert (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholdt, Nordheim & Reinart, 2012, s 90 – 94).Ein del av artiklane vart etter meir fullstendig lesing vurdert som mindre aktuelle for problemstillinga, og derfor ikkje brukt vidare. I tillegg til litteratursøk i databasar har eg gjort manuelle søk i pensum og funne kryssreferansar i aktuell litteratur. Gjennom boka ”Se hvem jeg er” av Rokstad (2014) fann eg fram til McCormack og McCance si bok om personsentrert omsorg som eg har brukt i teoriavsnittet. Frå vegleiar fekk eg fleire artiklar knytt til temaet mitt, og to av desse har eg valt å bruke i oppgåva.

Pico – skjema

P - pasient	I - Intervensjon	C - Comparison	O - Outcome
Personar med demenssjukdom i sjukeheim	Ivaretaking av autonomi gjennom personsentrert omsorg		Reduksjon i bruk av tvang

3.3 Kritiske vurderingar

3.3.1 Etiske vurderingar

Forskingsetikk handlar om å ivareta menneske som deltek i forkinga, for at forskingsresultatet skal vere truverdig og at deltakarane ikkje skal utsettjast for unødig belastning i prosessen (Dalland, 2012, s.96). For å sikre seg at forkinga føregår på ein etisk

godkjent måte, skal all forskning som har med menneske, helseopplysningar og menneskeleg biologisk materiale å gjere, søka førehandsgodkjenning til Regional komite for medisinsk og helsefagleg forskingsetikk (REK), eller liknande komitear (Dalland, 2012, s. 98). I ei studentoppgåve som dette der det ikkje skal gjerast eiga forskning, men som byggjer på allereie eksisterande forskingsartiklar, vil det ikkje vere naudsynd å søke om godkjenning. Likevel må ein sikre at informasjonen ein nyttar i oppgåve kjem frå etisk godkjente kjelder. Dersom det i artikkelen vert opplyst om at forskinga er godkjent av REK, eller tilsvarande komitear i landet der forskinga er gjort, kan ein gå ut i frå at artikkelen er etisk forsvarleg gjennomført.

3.3.2 Metodekritikk

Det er svært mykje informasjon tilgjengeleg, og for å finne det som er mest relevant for mi oppgåve har eg brukt søkeord med utgangspunkt i problemformuleringa mi. Dette vil hjelpe å redusere tal på treff i databasane, i tillegg til bruk av inklusjon- og eksklusjonskriterier. For å få den nyaste forskinga kring tema har eg søkt etter artiklar frå 2011 til i dag. Ved bruk av mange inklusjon- og eksklusjonskriterie vil ein god del artiklar ikkje bli vurdert. Med tanke på oppgåvestorleik og tildelt tid for å gjere oppgåva, var det naudsynt å finne relevant litteratur tidleg i prosessen, og tidsmessig var det ikkje rom for å gå gjennom store mengder litteratur. Artiklane vart i første omgang valt ut frå overskrifter, og sidan gjennomgang av abstrakt. Mange artiklar i søket vart ikkje sjekka ut, og aktuell forskning for mitt tema vart då ikkje vurdert, då overskrifta ikkje fanga interesse. Ein del av artiklane som vart valt, viste seg etter meir kritisk gjennomgang å vere fagartiklar, og etter vurdering opp mot sjekklister å ikkje innehalde IMRaD-strukturen. Desse vart derfor ikkje tatt med vidare i oppgåva.

3.3.3 Kritisk vurdering av artiklane

Korleis tvang er regulert i lovverket er ulikt mellom landa, og eg vurderte det derfor som mest føremålsteneleg å nytte studiar gjort i Noreg då dei byggjer på norske forhold og norsk lov. Eine studien er gjort i Sverige, men sidan dei svenske forholda er relativt like dei norske vurderte eg det som relevant å bruke inn mot mi problemstilling, sjølv om lovverket ikkje er identisk. Studiane av Øye, Mekki, Skaar, Dahl, Forland & Jacobsen (2015) og Øye, Jacobsen & Mekki (2017) byggjer begge på ein felles studie, som kan gje eit unyansert syn. Eg har likevel valt å bruke dei, då vinklingane og hensikta med dei ulike artiklane var varierende, men likevel relevant inn mot problemstillinga. Utvalet i dei to studiane kan vere litt lite, noko artikkelforfattar sjølv påpeikar. Resultata av studien er avgrensa som følgje av lite utval og treng ikkje vere forklaringa i alle høver, men det gjev eit innblikk i kva faktorar som innverkar på prosessen med implementering av ny kunnskap og kva kontekstuelle forhold

som spelar inn. I studien til Lejman, Westerbotn, Pöder&Wadensten(2013) er det gjort intervju med ti sjukepleiarar, noko som er eit litt lite utval, men dei er tilsett ved ti ulike sjukeheimar, og på den måten får ein eit relativt godt innblikk i arbeidsmetode på dei ulike sjukeheimane. I studien til Gjerberg, Hem, Førde & Pedersen(2013) er det gjort intervju med 60 ulike deltakarar, men her er dei fordelt på fem ulike sjukeheimar, og dermed får ein ikkje same breidde som om dei hadde vore frå ulike sjukeheimar.

4.0 Resultat

4.1 Samandrag av forskingsartiklane

1. How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study (2013)

Artikkelen er skriven av Elisabeth Gjerberg, Marit Helene Hem, Reidun Førde og Reidar Pedersen. Studien byggjer vidare på ein tidlegare studie gjort ved norske sjukeheimar, som undersøkte korleis helsepersonell forstod og praktiserte broken av tvang i lys av endringane i pasient- og brukarrettighetslova (1999). Det som kom fram av studien var at grensa mellom frivilligheit og tvang var uklar og situasjonar kunne fort endre seg frå frivillig til tvang og omvendt. Hensikta med denne artikkelen er å undersøkje korleis dei tilsette handterer situasjonar der pasienten motset seg pleie og behandling, og kva alternative metodar og strategiar dei brukar for å unngå bruk av tvang. Det er brukt eit kvalitativt design med fokusgruppeintervju. Funna i studien viser at dei tilsette brukar mykje tid på å prøve ulike alternativ til tvang, og at tvang vart sett på som siste utveg. Strategiar for å unngå tvangsbruk kunne vere avleiing, overtaling, avgrensing av val, endring av personale, ein-til-ein behandling, skjerming og det å prøve att seinare. Det vart presisert at visse føresetnadar måtte vere på plass for å kunne prøve alternative strategiar. Det å ha god kjennskap til pasienten og hans historie gjorde det lettare å forstå han og hans preferansar, og kvifor han eventuelt motsette seg behandling var viktig for å unngå bruk av tvang. I tillegg var nok tid, tilstrekkeleg med personale på jobb, og personale med kompetanse og erfaring innan demensomsorg avgjerande for om alternative strategiar og metodar vart prøvd for å unngå tvang.

2. Coercion in nursing homes (2016)

Artikkelen er skrevet av Elisabeth Gjerberg, Lillian Lillemoen, Reidar Pedersen og Reidun Førde. Bakgrunnen for studien er at tidlegare studiar har vist ein utstrakt bruk av tvang ved norske sjukeheimar, som er etisk, fagleg og lovmessig utfordrande for personalet.

Kunnskapen om pasientar og pårørande sitt syn på bruk av tvang er derimot avgrensa, og denne studien tar sikte på å undersøkje om pasientar og pårørande synes det er situasjonar der tvang kan forsvarast, og i tilfelle kva slags situasjonar det er. Studien har eit kvalitativt design og det vart gjort individuelle intervju med pasientane og fokusgruppeintervju med pårørande. Intervjuet med pasientane var basert på ti spørsmål og fokusgruppeintervjua med pårørande var basert på åtte spørsmål, der dei kunne samtale rundt spørsmåla. Funna i studien viste at pasientane i stor grad var positiv til bruk av tvang dersom det var for å ivareta verdigheit og naudsynt helsehjelp. Pasientane hadde stor tillit til at personalet visste kva som var best for dei, og at personale hadde gode intensjonar med det dei gjorde. Likevel var det eit viktig poeng at andre alternativ vart prøvd først, og at lokking, overtaling og luring var å føretrekka før bruk av makt. Svært få pasientar meinte at tvang var uakseptabelt uansett situasjon. Dei pårørande var stort sett positive til bruk av tvang, men ikkje utan atterhald. Fleire gav uttrykk for at det å bruke tid saman med pasienten kunne hindre tvangsbruk, men om alternative metodar ikkje fungerte måtte tvangen gjennomførast så skånsamt som råd. Resultatet viser at både pasientar og pårørande aksepterar at personalet tar avgjerdsle på deira vegne, og at dei stolar på at personalet har pasienten sine beste interesser i fokus når dei gjer dette.

3. The etich of coercive treatment of people with dementia (2013)

Artikkelen er skrevet av Eva Lejman, Margareta Westerbotn, Ulrika Pöder og Barbro Wadensten. Hensikta med studien var å vise korleis sjukepleiaren ivaretok rettssikringa og verdigheita til pasientar med demens, og samstundes sørgja for god og sikker pleie utan å krenke integriteten deira. Studien er gjort i Sverige, og ti sjukepleiarar frå ti ulike sjukeheimar deltok. Dei hadde ulik erfaring og vidareutdanning innan demensomsorg, og alle var kvinner. Det er brukt eit kvalitativt design, med bruk av ein uformell intervjuguide. Ut frå analysen kom det fram tre ulike sjukepleiestrategiar, ein med tvang, ein med tvang under spesielle forhold og ein for å unngå bruk av tvang. Dei som brukte strategien med tvang gjorde dette med gode intensjonar, og såg ikkje at dette kunne hindra bebuaren sin fridom. Kunnskapsnivået omkring lovgjevinga om tvang i demensomsorg var varierende, sjølv om

fleire visste at bruk av fysiske tvangsmidlar som sengehest, belte og elektronisk overvaking ikkje var lovleg, vart dette likevel brukt dersom det var fare for at bebuaren kunne skade seg . Å innhente samtykke frå pasienten vart ikkje nemnt. I den andre strategien der det vart brukt tvang i spesielle situasjonar var sjukepleiarane klar over at bruk av tvang ikkje var lov, men at dei kjende seg nøydd til å bruke det enkelte gonger. Individuell plan vart brukt for å redusere faren for å komme i situasjonar der tvang vart naudsynt. Dersom det vart vurdert som naudsynt å bruke t.d. belte for å unngå fall når personalet ikkje kunne vere tilstades til ei kvar tid, forsøkte dei å få samtykke til dette frå pasienten. Tvangstiltaka vart fortløpande vurdert og revurdert, og omsynet til pasienten var viktigast. Den tredje strategien fokuserte på å ta førehandsreglar for å unngå tvang. Kunnskap om lovgjevinga var god. Ved bruk av ein personsentrert tilnærming søkte dei å legge til rette, for og forstå pasienten sine behov, og unngå vandring, uro, angst og fall. Faktorar dei meinte innverka positivt på tvangsreduksjonen var ein deltakande avdelingsleiar, høgt kompetansenivå om demens i personalgruppa og tilstrekkeleg med personale på jobb.

4. Do organisational constraints explain the use of restraint? A comparative ethnographic study from three nursing homes in Norway (2017)

Artikkelen er skriven av Christine Øye, Frode F. Jacobsen og Tone Mekki. Målet med studien var å undersøke kva typar tvang som vart nytta, og korleis personalet brukte tvang sett i samanheng med type organisatoriske forhold ved sjukeheimen. Studien er gjort ved tre sjukeheimar i Noreg over ein periode på ti månadar, og byggjer på data frå ei tidlegare undersøking gjort ved 24 sjukeheimar der ein skulle sjå på effekten av eit utdanningsprogram for å redusere bruk av tvang. Dei tre sjukeheimane vart valt ut på bakgrunn av ulikskap i tvangsbruk sett ut frå funn i den tidlegare undersøkinga. Ein kombinasjon av observasjon i fellesareal, og formelle og uformelle intervju med avdelingsleiar, sjukepleiarar, hjelpepleiarar og assistentar vart gjort i ein periode på 48 dagar ved kvar sjukeheim. Undersøkinga viste, samanlikna med andre studiar, ein relativ låg bruk av fysisk tvangsbruk med unntak av bruk av sengehest. Likevel vart det i travle periodar bruktfysiske hinder for å hindre bebuarane å reise seg å gå, dersom det var vurdert å vere fallrisiko. Ved sjukeheim 2 vart det kunn skjerming som vart mykje brukt dersom pasientane var urolege eller aggressive, medan sjukeheim 3 ikkje brukte skjerming i det heile. Personalet sine haldningar og samla oppfatning om uro og aggresjon påverka korleis dei brukte tvang. Studien viste ein

samanheng mellom geografisk plassering av sjukeheimen, arbeidsmengde, antal personale, pleiemiljø, samansetning av pasientgruppe og bruk av tvang.

5. Evidence Molded by Contact with Staff Culture and Patient Milieu: an Analysis of the Social Proces of Knowledge Utilization in Nursing Homes. (2015)

Studien er skriven av Christine Øye, Tone Elin Mekki, Randi Skaar, Hellen Dahl, Oddvar Forland og Frode F. Jacobsen. Bakgrunnen for studien er det auka politiske fokuset på kompetanseheving, for å betra forholda på sjukeheimane. Eit viktig spørsmål er korleis ny evidensbasert kunnskap skal implementerast, og det er ei felles forståing for at dette kan vere utfordrande. Målet med studien var å undersøke korleis implementering av ny kunnskapvertpåverka av faktorar som personalmiljø og pasientsamansetning, i tillegg til organisatoriske forhold, og kva som hindrar og kva som gjer at implementeringa fungerer. Ved bruk av ein etnografisk metode kunne ein observere korleis personalet omtalar og brukar kunnskapen frå seminaret i det daglege. I tillegg til observasjon vart det gjennomført formelle og uformelle intervju med personalet. Funna i studien byggjer i tillegg til observasjonar og intervju, på data frå ein tidlegare studie der 24 ulike sjukeheimar i Noreg deltok på eit utdanningsprogram for å redusera bruk av tvang. Sjølv om undersøkinga ved dei 24 sjukeheimane viste ein markant nedgang i bruk av tvang etter utdanningsseminaret, viste funn i denne studien at dette ikkje var tilfelle ved alle sjukeheimane. Til tross for lokale ulikskapar var det enkelte likskapar mellom sjukeheimane. Dei tilsette oppga at dei var meir medvitne kring eigen praksis knytt til bruken av tvang etter seminaret. Likevel var resultatet av implementeringa, anten positivt eller negativt, avhengig av kor klar sjukeheimen var for endring sett i samband med personalet sine forventningar, haldningar og pleiekultur. Desse faktorene er ikkje konstante, men vil endre seg med samansetning av pasientar, personalgruppe og miljø, og det er difor vanskeleg å forutsjå kvartid det vil vere best å innføre ny evidensbasert kunnskap. For å auke sjansen for å lukkast med ei slik implementering må ein legge til rette for eit nært samarbeid institusjonen og høve til å gjere lokale tilpassingar.

6. Frivillighet og tvang i sykehjem – to sider av samme sak (2015)

Artikkelen er skriven av Christine Øye, og har som hensikt og skildra korleis tvang og frivillighet ikkje nødvendigvis er to motsetnadar, men kan sjåast som gjensidig avhengig av

kvarandre. Studien har nytta ein etnografisk metode, men observasjon frå fellesareal og formelle og uformelle intervju med personalet. Artikkelforfattar har gjennom observasjonar i ulike sjukeheimar sett personalet bruke mykje tid og krefter på å legge til rette for at bebuarane skal kunne velje sjølv i kvardagen på avdelinga. Likevel er det ikkje alltid verken tid eller ressursar til å prøve ulike former for tillitskapande tiltak. I følge lova skal bebuarane kunne bevege seg fritt rundt i sjukeheimen, dørane skal ikkje vera låste, og dei skal kunne gå ut om dei vil. Fleire sjukeheimar har sansehagar som er eit inngjerda område der bebuarane kan vandre fritt, utan at dei går seg vekk og kan komme til skade. Likevel er det fleire som prøver å komme seg ut av sansehagen, og personalet er då nøydd å prøve å leie han attende til avdelinga for å unngå at han kjem seg ut og vekk. For å gjere dette utan bruk av fysisk tvang forsøker pleiarane fleire ulike metodar i form av lokking, luring og overtaling. Dersom dette ikkje fører fram må dei fysisk leie bebuaren tilbake mot hans vilje. Artikkelforfattaren har brukt tekstar av Foucault for å forstå fenomenet tvang og frivilligheit. Han peikar på to ulike styringsformer, detaljstyring av den enkelte sitt liv, som kan sporast tilbake til den kristne pastorale leiingsforma, og den liberale omsorga som vektlegg individet sitt høve til ufalding. Begge desse styringsformene er å sjå i sjukeheimane, der bebuarane både blir detaljstyrt i dagleglivet i tillegg til at dei vert gitt fridom til å utfalde seg. For å byggje opp under frivilligheitsprinsippa som er skildra i lovverket, skal bebuarane på sjukeheim få utfalde seg og ta eigne val. Samstundes skal personalet sørge for god og sikker pleie og ivaretaking av bebuarane, og for å unngå å bruke formell tvang som lova viser til, nyttar dei andre former for uformell tvang for å leia bebuaren tilbake i trygge omgjevnadar. På den måten fører auka fridom og val til auka bruk av ressursar og uformell tvang.

4.2 Oppsummering av hovudfunna

Hovudfunna i fire av forskingsartiklane viser at personalet på sjukeheimane brukar mykje tid og krefter på å prøve ulike tillitskapande tiltak, for å unngå bruk av tvang. Fleire av artiklane viser til strategiar og tiltak personalet nyttar for å redusera bruk av tvang. Dei fleste, i dei norske studiane, er klar over reguleringa av tvangsbruk slik det kjem fram av pasientrettighetslova (1999), og dei jobbar aktivt for å legge til rette for medverknad og frivilligheit. Likevel vert det nytta tvang i tilfeller der det ikkje er snakk om naudsynt helsehjelp, som til dømes rørslehindring for å unngå vandring, tvang i stellsituasjonar der bebuaren yter motstand og bruk av sengehest og alarm-matter for å ha kontroll på bebuaren. Faktorar som innverkar positivt på tvangsreduksjon var tilstrekkeleg med personale, nok tid til

bebuarane, samarbeid, nok kvalifisert personale og fokus på ei personsentret omsorg til bebuarane.

Ein av artiklane viser til kva pasientane og pårørande tenker om bruk av tvang, og i kva tilfeller dei meiner dette er naudsynt og korleis dei meiner bruk av tvang best kan gjennomførast. Dei fleste var positive til bruk av tvang for å ivareta verdigheita, og ikkje berre for å gjennomføre naudsynt helsehjelp. Dei la vekt på at tillitskapande tiltak måtte prøvast først, og at det å bli tatt med makt måtte vere siste utveg.

Den eine artikkelen skildrar kva faktorar som innverkar på implementering av ny kunnskap i ei avdeling, og kva som må ligge til rette for at dette skal bli velfungerande. Ein kombinasjon av pleiemiljø, leiing, ressursar og samansetnad av pasientgruppe ser ut til å vere avgjerande for om implementeringa er vellukka eller ikkje.

5.0 Drøfting

5.1 Tvang og korleis det vert utøvd

Fleire studiar viser at det vert nytta tvang av ulike karakter i den daglege omsorga for personar med demens. Kravet om å gje forsvarleg helsehjelp og unngå skadevert oppgitt som nokre av årsakene til tvangsbruken. Ivaretaking av verdigheit vart òg oppgitt som årsak til tvang, då i form av å gjennomføre stell, klesskift og liknande mot pasienten sin vilje, men i tråd med som tidlegare hadde vore ein prioritet for pasienten (Lejman et al. 2013, Øye 2015, Gjerberg et al. 2013, Øye et al. 2016 & Øye et al. 2015). Typen tvang som vart nyttavarierte mellom dei ulike sjukeheimane som deltok i studiane. Dei vanlegaste formene for tvang var fasthalding til dømes i stellsituasjonar der bebuaren nekta å la seg dusje, hindring av rørslefridom i høver der bebuaren vandra eller ville komme seg ut, og skjult medisinerings (Lejman et al 2013, Gjerberg et al. 2013).

Overtaling, lokking og avleiing, i tillegg til å prøve seinare, prøve med anna personalet, og jobbe ein til ein, er metodar som vert nytta for å få pasienten frivillig med på det som personalet vil han skal gjere. Om dette då er frivillig, eller bebuaren tilslutt gir opp sin motstand kan diskuterast. I følgje Øye (2015) kan slike metodar sjåast på som ein form for uformell tvang, der pleiaren i makt av sin kunnskap og kjennskap til pasienten kan få han til å gjere noko han i utgangspunktet ikkje ville. Kunnskap om bebuaren, hans interesser og liv, som er ein del av den personsentrerte omsorga, gjev sjukepleiaren høve til å ivareta og byggje

opp under hans integritet. Samstundes kan sjukepleiar nytte informasjonen til sin fordel, og overtale bebuaren til å bli med ”frivillig”. For å unngå å bruke formell tvang, vert det prøvd tillitskapande tiltak eller formell tvang, og ei tvangsform vert erstatta av ei anna, om ein ser på desse metodane som ein type tvang.

5.2 Konsekvensar av krenking og tvangsbruk – tvang for kven?

Ei kjensle av å bli krenka, at eins meiningar ikkje har verdi og ei oppleving av å ikkje bli respektert kan føre til uro, frustrasjon og sinne hos personar med demens. Dei same reaksjonane vart ved eine sjukeheimen i Lejman et al. (2013) sin studie, sett på som symptom på demenssjukdommen og tolka som årsak til den utfordrande oppførselen, og dette rettferdiggjorde trongen for å bruke tvang. Studiar har vist ein samanheng mellom bruken av fysisk tvang og auka frustrasjon, utagering og skam hos pasientar med demens (Øye et al. 2017). Trass i dei negative konsekvensane denne type behandling kan ha, vert bruken av tvang rettferdiggjort med å vere til pasienten sitt eige beste. Undersøkinga til Lejman et al. (2013) viste at ein av dei andre sjukeheimane brukte førebyggjande strategiar for å unngå å måtte bruke tvang. Fokus på risikovurdering, fleksibilitet og individuell plan la grunnlaget for omsorg og pleie, og dette førte til færre situasjonar der tvang vart naudsynt. Ved å jobbe på denne måten la dei vekt på omsorg og forståing for pasienten sine behov, og søkte å finne alternative løysingar dersom det oppstod utfordrande situasjonar. For å lukkast med denne måten å arbeide på var det enkelte faktorar som måtte vere på plass i følgje personalet. Tilstrekkeleg med personale, ressursar, tid og kompetanse om demenssjukdom vart lagt fram som føresetnadar for å kunne jobbe personsentrert og redusere tvang (Lejman et al. 2013 & Gjerberg et al. 2013).

Stell er ein av dei situasjonane som går att i studiane som ein utfordring når det gjeld forholdet mellom bebuaren sine rettigheitar og sjukepleiar si oppgåve med å ivareta han, og hans behov. Dersom han ikkje ynskte å dusje eller stelle seg, vurderte personalet det som naudsynt å gjennomføre stellet, i mot bebuaren sin vilje, sjølv om det ikkje var fare for liv eller helse (Lejman et al. 2013). Ivaretaking av verdigheit blir gjerne oppgitt som årsak i denne type situasjon. Om bebuaren ikkje får stelt seg, kan han etter kvart framstå som skitten, og kanskje lukte vondt. Det kan i neste omgang føre til negative kommentarar frå andre bebuarar, noko som kan opplevast vondt for vedkommande. Hans sosiale integritet blir trua, og det kan opplevast krenkande (Kirkevold, 2010, 2. 96). Å vurdere kva som er rett å gjere i denne type situasjonar er ein utfordring for dei som jobbar i demensomsorg. Valet står mellom bebuaren sin autonomi, og ivaretaking av grunnleggande behov, integritet og verdigheit med

utgangspunkt i den personen han har vore (Tranvåg, Petersen & Nåden, 2013), samstundes som ein skal sørge for at personen blir tatt på alvor her og no. Det som tidlegare har vore ein prioritet for han har kanskje endra seg gjennom sjukdomsforlaupet, og ved å berre fokusere på det som har vore kan han oppleve at den personen han er i dag ikkje vert sett og respektert.

Studien til Gjerberg et al. (2016), der pasientar og pårørande sine synspunkt på bruk av tvang vart undersøkt, går det fram av intervju at svært få er heilt imot bruk av tvang. Dersom tvangsbruken var naudsynt for å ivareta verdigheit og sikkerheit ville dei at personalet skulle gjennomføre til dømes stell, sjølv om dette var i strid med sjølvbestemmingsretten. Om noko skulle gjerast mot deira vilje, la dei vekt på at det burde gjerast på ein skånsam måte, helst med lokking og overtaling. Pasientane uttrykte stor tillit til personalet, og stolte på at dei ville gjere det som var best. Ynskje frå familie om at bebuaren skal delta på aktivitetar, eller ha på bestemte klede, er ikkje naudsynt helsehjelp eller nødvendigvis til det beste for pasienten, likevel kan sjukepleiar oppleve eit press frå pårørande om å etterkomme desse ynskja. Det same gjeld bruk av til dømes brett eller belte, for å hindre bebuaren i å reise seg å gå når det er få personale tilgjengeleg til å passe på. I studien til Øye et al. (2017) visast det til studiar som har komme fram til at tvang har blitt brukt for å lette arbeidet til personale, og gjere det mogleg å gjennomføre andre arbeidsoppgåver. Som det går fram av lovverket skal gjennomføring av helsehjelp med tvang kun nyttast når det er vurdert heilt naudsynt og absolutt til det beste for pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999), og ikkje for å lette arbeidsmengde for personale eller etterkomme ynskje frå familien. Personar som lever med demens vil etter kvart som sjukdommen utviklar seg ikkje lenger vere i stand til å ivareta seg sjølv, og er dermed avhengige av den omsorga og ivaretakinga dei får frå omsorgsgivaren i institusjonen. Gjennom tillit til at dei vil bli ivaretatt, gjev dei personalet autoritet til å avgjere kva som er best for dei når dei ikkje lenger er i stand til å avgjere dette sjølv. Denne tilliten kan settast på prøve i situasjonar der pleiaren ser seg nøydd til å gjennomføre pleieoppgåver, og bebuaren motset seg dette. Pleiaren opplev eit etisk og fagleg dilemma, der ivaretaking av autonomi og verdigheit ikkje går saman med den faglege vurderinga av trongen for å gjennomføre pleieoppgåva. Pasienten kan kjenne seg pressa eller lurt til noko han ikkje vil, og dette kan opplevast som eit tillitsbrot frå omsorgsgivar (Tranvåg et al. 2013).

5.3 Relasjon, tillit og makt

Autonomi handlar om sjølvråderett, og i helsesamanheng har pasientane i dag både rett til og høve til å delta i avgjerdsle kring eiga behandling og helsehjelp. I lovverket går det klårt fram at pasienten sin sjølvråderett skal respekterast. Dersom pasienten er vurdert til å mangle

samtykkekompetanse skal helsehjelpa så langt det lar seg gjere vere i samsvar med pasienten sin sjølvråderett. Maktbalansen i relasjonen mellom pasient og helsepersonell har endra seg til å vere meir likestilt, imot korleis det var tidlegare der legen hadde all makt og kunnskap til å avgjere kva som var best for pasienten. Autonomi og integritet er ein viktig del av demensomsorga. Det kan vere utfordrande å ivareta autonomien etter kvart som sjukdommen gjer pasienten ute av stand til å vurdere kva som er best for han sjølv, likevel kan ein jobbe for å ivareta verdigheita til pasienten gjennom dei tre faktorane medkjensle, validering og eit meningsfullt omsorgsmiljø, som er i følgje Tranvåg et al. (2013) avgjerande for byggje opp under dette. Ein kan skilje mellom grunnleggande verdigheit og personleg verdigheit (Gjerberg et al. 2013), der den grunnleggjande verdigheita er noko alle har i form av å vere eit menneske. Den personlege verdigheita er ei meir subjektiv verdigheit. Den personlege verdigheita er gjerne knytt til ein person sin autonomi. Problemet med å samanlikne autonomi og verdigheit er oppfatninga om at menneske som ikkje lenger evnar å ta autonome val, og manglar verdigheit. Utfordringa for sjukepleiar er å ivareta den personlege verdigheita, og samstundes ta val som dei ikkje er i stand til å ta sjølv.

Omsorg handlar om å ta vare på og sørgje for noko eller nokon, og i følgje Kari Martinsen (2003) er omsorg eit relasjonelt omgrep med utgangspunkt i at menneske er grunnleggande avhengige av kvarandre. Omgrepet makt kan oppfattast som negativt lada i samanheng med omgrepet relasjon. At nokon har makt over andre, og at ein ikkje er likestilt i relasjonen, kan utan kontekst vanskeleg å sjåast som positivt. I relasjonen mellom sjukepleiar og pasienten med demens, vil pasienten vere avhengig av sjukepleiaren i form av omsorg og ivaretaking. Maktbalansen mellom dei vil vere ujamn, og sjukepleiaren har makt over pasienten og hans liv meir enn omvendt. Denne ubalansen i maktforholdet treng ikkje vere negativ, korleis makta vert utført er avgjerande for om dette blir opplevd positivt eller negativt for pasienten (Delmar, 2000, s.131). Personsentrert omsorg byggjer på prinsippa om at kjennskap til pasienten og individuelt tilpassa omsorg skal sørgje for at pasienten sin integritet og verdigheit blir ivaretatt (McGormack & McCance). For å kunne utøve god og forsvarleg sjukepleie og omsorg til pasienten, er sjukepleiar avhengig av informasjon om han og hans helsetilstand. Det som i den personsentrerte omsorga vert omtala som føresetnadar, går på sjukepleiar sine eigenskapar, og hennar erfaring og kunnskap tilseier i dette tilfellet, at for å hjelpe pasienten er ho avhengig av informasjon. I tilfeller der pasienten har ein hjerneorganisk sjukdom som demens, og pasienten ikkje sjølv er i stand til å gje informasjonen, må sjukepleiar innhente denne gjennom å observere og gjere seg kjent med pasienten, i tillegg til

informasjon frå journalar og samtale med pårørande. På denne måten får sjukepleiar tilgang på informasjon utan at pasienten kan gje sitt samtykke til dette, men som er naudsynt for å kunne gje han omsorg og ivaretaking. Sjukepleiar har makt i form av kunnskap, erfaring, posisjon og væremåte. Dersom sjukepleiar brukar sin faglege autoritet for å oppnå noko ovanfor pasienten er det ei form for maktmisbruk. At sjukepleiar si makt i pasientrelasjonen kan brukast både positivt og negativt kom fram i studien til Gjerberg et al. (2013), der det vart skilt mellom ”makt til” og ”makt over” pasienten. Ved å gje makt til pasienten vart han involvert og deltakande i situasjonen, medan makt over pasienten vart brukt for å kontrollere og bestemme. Martinsen brukar omgrepet omsorgsmoral som grunnlag for å gje ekte omsorg som ikkje umyndiggjere pasienten. Sjukepleiar handlar ut frå prinsippet om ansvar for den svake og gjennom ei haldning som byggjer på respekt og forståing, kan ho handle til det beste for pasienten. Makta sjukepleiaren har ovanfor pasienten bør, i følgje Martinsen, vere overordna pasienten sin autonomi, og ha preg av svak paternalisme. Ho forklarar dette med at for stor vekt på sjølvråderett kan føre til manglande ivaretaking av pasienten, medan å overta for mykje av ansvaret kan føre til umyndiggjering. I følgje McCormack & McCance (2010, s. 36) er evna sjukepleiaren har til å sjå si eiga rolle og korleis hennar meningar og haldningar kan innverke på pasienten sine val, ein del av det som gjer ho profesjonelt kompetent, og ein del av det som er føresetnadane i det personsentrerte rammeverket. For å finne ein balanse mellom desse forholda treng sjukepleiaren erfaring og kunnskap til å vurdere situasjonen kva som er best i samhandling med pasienten.

5.4 Tvangsreduserande tiltak – sjukepleiar si rolle

Ei viktig sjukepleieoppgåve i møte med pasientar med demens er å redusera bruk av tvang og byggje opp under vedkommande sin rett til autonomi og deltaking. Som nemnd tidlegare viser fleire studiar til at ein personsentrert omsorgsmetode er vegen å gå for å ivareta desse verdiane ovanfor pasientar som lever med demens. Eit auka fokus på reduisering av tvang kom etter den nye pasientrettigheitslova kom i 2009, der det går fram at tillitskapande tiltak skal forsøkast først, i tilfeller der pasientar motset seg behandling. I norske sjukeheimar har ein stor del av personalet som jobbar med den daglege omsorga til bebuarane inga formell utdanning innan helse (Gjerberg et al. 2013), og det kjem det fram at til dømes hindring av rørslefridom for å unngå vandring, vart oftare brukt av ukvalifisert personale enn av kvalifisert personale. Omsorgsmiljøet er ein av faktorane som er med på å byggje opp under den personsentrerte omsorgsmodellen. Fokus på kompetansesamansetnad i personalgruppa og ei leiing som fremjar medverknad og støttar innovasjon, er med på å understøtte den

personsentrerte omsorgsmetoden (McCormack & McCance, 2010, s. 36). For å auke den samla kompetansen i personalgruppa, og auke kunnskapen til lovverk og metodar for å redusera tvang, treng dei vegleiing og hjelp frå medarbeidarar med kompetanse på området. Mange av dei som jobbar utan formell utdanning har mange års erfaring, og kan gjerne oppleve det fornedrande å bli fortalt korleis dei skal jobbe av nokon som nyleg er utdanna sjukepleiar, og ikkje har same fartstid i avdelinga. For at alle skal kunna nytta godt av kvarandre si erfaring og kunnskap er eit trygt arbeidsmiljø, med rom for fagleg og etisk diskusjon og refleksjon, med pasienten sitt beste i fokus viktig. Sjølv har eg i praksis blitt fortalt at fleire av dei ufaglærte syntes det var nyttig å få sitte å høyre på dei sjukepleiefaglege diskusjonane, og at dei skulle gjerne hatt meir tid til å delta i slike samtalar. På den måten fekk dei meir innsikt og forståing av kompleksiteten rundt bebuarane sin autonomi og bruken av tvang, og dei forstod betre kvifor det ikkje alltid var så enkelt å få gjennomført dei tiltaka som var planlagt. Dette går òg fram av dei yrkesetiske rettingslinene, der sjukepleiar skal bidra til at ny kunnskap blir tatt i bruk i praksis (NSF, 2016).

I studien til både Lejman et al.(2013) og Gjerberg et al. (2013) legg informantane vekt på fleire faktorar som må vere på plass for å kunne redusere bruken av tvang i demensomsorga. Tilstrekkeleg med personale, nok tid og tilstrekkeleg med personale som har kompetanse og erfaring innan demensomsorg, vert sett på som avgjerande for å lukkast med å redusera tvangsbruken. Studien til Lejman et al. (2013) viste tre ulike pleiestrategiar der to var med tvang og ein utan. Ein av dei som brukte tvang forklarte dette med ivaretaking av pasientane sin sikkerheit, og oppfatta ikkje at tiltaka dei brukte reduserte fridommen til bebuaren. Konsekvensane av tvangsbruk kan vere krenking, resignasjon, og ei kjensle av tapt verdigheit. Konsekvensane av eit fall var i følgje fleire av sjukepleiarane likevel meir alvorlege enndet konsekvensane av tvangsbruken kunne vere. Fleire oppga at for lite personale var ein av grunnane til at tvangsbruk som belte, brett og skjult medisinerer vart brukt. I sjukepleiestrategien som fokuserte på å redusere bruk av tvang oppga dei tilsette òg at tilstrekkeleg personale var avgjerande for å unngå tvangsbruk (Lejman et al. 2013). Dei hadde ei personsentrert tilnærming til pasientane, og fokuserte på ei individuell tilpassing av aktivitetar og bruk av tid saman med bebuarane. Dei hadde til dømes låg terskel for å ta inn ekstra bemanning på natt om det var trong for det. Dei var klar over konsekvensane av tvangsbruk, og evaluerte fortløypande situasjonen på avdelinga for å sørgje for å vere i forkant med nok personale, og på den måten førebyggje situasjonar der tvang kunne bli naudsynt. Ved å jobbe personsentrert har studiar vist at pasientane vert rolegare og mindre utagerande,

og som eit resultat av dette vart trongen til å bruke tvang, i til dømes stellsituasjonane, redusert (Rokstad, 2014, s. 33). Til tross for at det finnes fleire studiar som viser at denne måten å jobbe på reduserer bruk av tvang, er det, som i studien til Lejman et al. (2013), fleire som fortsatt har tvang som ein del av sjukepleiestrategien sin. Fleire forklarte tvangsbruken og skjult medisinerer med for lite personale, sjølv om fleire store studiar ikkje har vist nokon einstydig samanheng mellom tvang og tal på tilsette. Dette er ein av faktorane som hyppigast går att som avgjerande for å kunne jobbe med å redusere tvang og få tid til ei personsentrert tilnærming, likevel viser det seg at dette ikkje nødvendigvis stemmer hos alle.

5.5 Kontekstuelle forhold som innverkar på tvangsreduksjon

Gjerberg et al. (2013) viser til ein studie der tal på personale ikkje var avgjerande for tvangsreduksjon, men at eit høgt kompetanse- og utdanningsnivå i personalgruppa hadde større innverknad. Som nemnt har det vist seg at ei personsentrert tilnærming er med på å redusere tvangbruk, og fleire studiar, ifølgje Gjerberg et al. (2013), har undersøkt effekten av ulike kompetansehevande tiltak og undervisningsopplegg for å redusere tvang, utan at det er komen eit eintydig resultat for om dette fungerer eller ikkje. Studien til Øye et al. (2015) har som mål å sjå på under kva forhold, og for kven det kompetansehevande kurset Tillit fremfor tvang (TFT) fungerer og ikkje fungerer. Kurset vart gjennomført ved 24 sjukeheimar, og det går fram av feltstudiane som vart gjort ved tre utvalte sjukeheimar i etterkant av kurset, at implementering av ny kunnskap er utfordrande og at årsaka er samansett. Tidlegare studiar har vist uklære resultat for om kompetansehevande tiltak har hatt ein reell innverknad på tvangsreduksjon, og at ein difor må sjå etter forklaringar i det kontekstuelle. Øye et al. (2015) viser til studiar som forklarar utfordringane dei tilsette har med å ta i bruk ny kunnskap som ein kombinasjon mellom den kollektive viljen til å lære nytt, kapasitet og støtte i leiinga. Ofte er det for lite ressursar tilgjengeleg for å sette i gong og gjennomføre dei kompetansehevande tiltaka, og det hindrar implementering av ny forskingsbasert kunnskap. I ein travel arbeidskvardag med mange oppgåver og ikkje meir ressursar enn høgst naudsynt, kan personale oppleve det som ei ekstra utfordring å skulle innføre nye rutinar og metodar som dei ikkje veit om fungerer hos dei. Det har vist seg at det er større muligheit for å lukkast med innføring av ny evidensbasert kunnskap i praksis, dersom denne samsvarar med den felles forståinga som allereie er i avdelinga. For å kunne lukkast med å endre rutinar og arbeidsmetode i samband med tvangsbruk, må det vere ein felles innsats frå avdelinga og ikkje berre nokre få som prøver alternative måtar å løyse utfordrande situasjonar utan tvang. I studien til Øye et al. (2015) ville dei sjå nærare på korleis personalet mottok og brukte

informasjonen og kunnskapen dei hadde fått gjennom TFT kurset, og samanhengen mellom avdelingskultur og den sosiale prosessen av å ta i bruk ny kunnskap. Samla sett, på dei 24 deltakande sjukeheimane, var det ein markant nedgang i tvangsbruk etter det kompetansehevande tiltaket TFT. Likevel var det enkelte som hadde uendra bruk av tvang, og enkelte som og syntes at bruken av dei nye metodane førte til auka tvangsbruk.

Utanforliggende faktorar som politiske retningslinjer for tal på personale, kort overlapp mellom skift, lite tid til diskusjon og samarbeid om ny pleieplan, førte til vanskar med å gjennomføre endringane. Til tross for at mange opplevde å bli meir medviten eigen praksis rundt tvang, og fekk auka kunnskap om bruk av alternative tiltak, var suksessen av tiltaket avhengig av personalet sine haldningar, forventningar og avdelingskulturen, i tillegg til samansetnad av pasientgruppe. Med mange urolege og utagerande bebuarar er det utfordrande for personalet å gjennomføra grunnleggande pleieoppgåver og samstundes ivareta kvar og ein sine individuelle behov. At ein travel kvardag med mange oppgåver, og fleire urolege pasientar i ei pasientgruppe fører til meir bruk av tvang, kjem fram i både Øye et al (2015) og Gjerberg et al. (2013) og Lejman et al. (2013). I Øye et al. (2017) ser ein på korleis tilsette brukar tvang knytt til kontekstuelle avgrensingar. Stressa personale som kjenner at dei ikkje rekk over alle arbeidsoppgåvene, opplev at dette uroar bebuarane, og fører til situasjonar der tvang vert naudsynd. Deira oppfatning er at dersom dei hadde hatt meir tid og ressursar, kunne dei løyst slike situasjonar utan å ty til tvangsbruk. Vidare går det fram at bruk av skjult medisiner for å roe pasientar kunne, ifølgje sjukepleiarane, vore unngått dersom det hadde vore tid til å forsøke alternative metodar og ei meir personsentrert tilnærming. Til tross for at personalet har kjennskap til lovverket og forskingsbasert kunnskap, som seier at ein personsentrert arbeidsmetode er det beste for personar som lever med demens, er det utfordrande å balansere å til ei kvar tid jobbe for å ivareta autonomi, verdigheit og livskvalitet gjennom omsorg og kunnskap i tillegg til å balansere samvit, erfaring og omsyn til politiske retningslinjer, økonomi og ressursfordeling. Dei politiske føringane har ei stor innverknad på den daglege drifta av sjukeheimsavdelingane og desse kontekstuelle forholda er vanskelege og tidkrevjande å endre på i ein travel arbeidskvardag.

6.0 Avslutning

Gjennom denne oppgåva har eg forsøkt å sette lys på utfordringane som ligg i å ivareta autonomien til personar som lever med demens. Sjukepleiar har ansvar for å ivareta sikkerheit og grunnleggande behov, samstundes skal pasienten sin autonomi og medbestemningsrett

respekterast, òg i situasjonar der pasienten motset seg det som sjukepleiar vurderer som god og naudsynt pleie. Pasienten er i eit avhengigheitsforhold til sine omsorgsgivarar, og kan ikkje klare seg utan hjelp og tilrettelegging i kvardagen. Sjukepleiar treng kunnskap og kjennskap til pasienten og hans vanar for å kunne jobbe personsentret, og gjennom tilpassing unngå tvangsbruk. Samstundes kan denne kjennskapen til pasienten byggje opp under den uformelle tvangen, der informasjonen kan nyttast til overtaling og manipulering. Dette kan igjen føre til at pasienten sit att med ei kjensle av å bli krenka, og vil vere med på å bryte ned personverdet og autonomien. For å kunne ivareta autonomien og verdigheita til pasienten er det naudsynt å finne ein balanse mellom det sjukepleiar vurderer som det beste for han, og det han sjølv gjev uttrykk for at han ynskjer, og gjennom omsorg og kjennskap legge til rette for og respektere sjølvbestemmingsretten gjennom heile sjukdomsforløpet.

Kjelder

- Alzheimer's disease*. [Photography]. Retrieved from Encyclopædia Britannica ImageQuest.
http://quest.eb.com/search/139_1910274/1/139_1910274/cite
- Gjengedal, E. (2000) Omsorg og sykepleie. I Alvsvåg, H. & Gjengedal, E. (red.). (2000).
Omsorgstenkning – en innføring i Kari Martinsesforfatterskap (s.37-55)
Bergen: Bokforlaget
- Berentsen, V. D. (2010). Kognitiv svikt og demens. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K.
& Ranhoff A. H. (red.). (2010). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten (s.350-382)*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bertelsen, A. K. (2011) Sykdommer i nervesystemet. I Ørn, S., Mjell, J. & Bach-Gansmo, E.
(Red.). (2011). *Sykdom og behandling (s. 312-336)*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Delmar, C. (2000). Etikk og magt – Frå begrepsliggørenlse til sanseligopmærksomhed. I Alvsvåg, H. & Gjengedal, E. (red.). (2000). *Omsorgstenkning – en innføring i Kari Martinsesforfatterskap (s.127-130)* Bergen: Bokforlaget
- Gjerberg, E., Hem, M. H., Førde, R., & Pedersen, R. (2013). How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study. *NursingEthics*, 20(6), 632-644. doi:10.1177/0969733012473012
- Gjerberg, E., Lillemoen, L., Pedersen, R., & Førde, R. (2016). Coercion in nursing homes. *Nursing Ethics*, 23(3), 253-264. doi:10.1177/0969733014564907
- Helsedirektoratet (2017). Demens – Personsentrert omsorg og miljøbehandling ved demens. Henta 25. februar 2017 frå <https://helsedirektoratet.no/demens/personsentrert-omsorg-og-miljobehandling-ved-demens>

- Helsepersonelloven. (1999) Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Kirkevold, M. (2010). Den gamles integritet. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff A. H. (red.). (2010). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s.91-99). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, M. (2000). Utviklingstrekk i Kari Martinsens forfatterskap. I Alvsvåg, H. & Gjengedal, E. (red.). (2000). *Omsorgstenkning – en innføring i Kari Martinsens forfatterskap* (s.193-206) Bergen: Bokforlaget
- Lejman, E., Westerbotn, M., Pöder, U., & Wadensten, B. (2013). The ethics of coercive treatment of people with dementia. *Nursing Ethics*, 20(3), 248-262.
doi:10.1177/0969733012463721
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essey*. (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- McCormack, B., & McCance, T., (2010). *Person-Centered Nursing – Theory and Practice*. West Sussex: Wiley-Blackwell
- Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. & Reinar, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. (2. utg.). Oslo: Akribe.
- NSF (2016, 23. mai). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Henta 10. april frå <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Pasient- og brukarrettighetsloven (1999) Lov om pasient- og brukarrettigheter (pasient- og brukarrettighetsloven) Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er: Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skirbekk, V., Strand, B.H., Tambs, K. (2015, 8. Oktober). Folkehelse rapporten – helsetilstanden i Norge. Demens. Henta 12. januar 2017 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/demens---folkehelse rapporten-2014/>

- Slettebø, Å., (2010). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff A. H. (red.). (2010). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s.169-179). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Toen, I., & Skraastad, M. (2015). Samtykkekompetanse - sjelden enten eller. *Sykepleien*, 103(11), 48-50. <http://dx.doi.org/10.4220/Sykepleiens.2015.55646>
- Tranvåg, O., Petersen, K. A. & Nåden, D. (2013) Dignity-preserving dementia care: A metanalysis. *Nursing Ethics* 20(8) 861-880
- Øye, C., Jacobsen, F.F. & Mekki, T. E. (2017) Do organisational constraints explain the use of restraint? A comparative ethnographic study from three nursing homes in Norway. *Journal of Clinical Nursing*, doi: 10.1111/jocn.13504
- Øye, C., Mekki, T.E., Skaar, R., Dahl, H., Forland, O. & Jacobsen, F.F. (2015) Evidence Molded by Contact with Staff Culture and Patient Milieu: an Analysis of the Social Process of Knowledge Utilization in Nursing Homes. *Vocations and Learning*, doi: 10. 1007/s12186-015-9135-2
- Øye, C. (2015) Frivillighet og tvang i sykehjem – to sider av same sak? *Michael* 2015; 12: 167-79.
- Øye, C. (2014) Omsorg for den offentlige sfære – betraktninger om frivillighet og tvang i lys av Hannah Arendts tanker om frihet og handling. I Alvsvåg, H., Førland, O. & Jacobsen, F.F. (red.) *Rom for omsorg?* (s. 43-62) Bergen: Bokforlaget.

Vedlegg 1: Søketablellar

Søk i databasen Cinahl 09.01.2017

Søk	Søkeord	Avgrensingar	Resultat
S1	Patient	Full text, abstract available, published date 20110101-20171231	35,789
S2	Dementia	Full text, abstract available, published date 20110101-20171231	1253
S3	S1 AND S2	Full text, abstract available, published date 20110101-20171231	650
S4	Coercion	Full text, abstract available, published date 20110101-20171231	139
S5	S2 AND S4	Full text, abstract available, published date 20110101-20171231	9
S6	Nursing home	Full text, abstract available, published date 20110101-20171231	38,326
S7	S4 AND S6	Full text, abstract available, published date 20110101-20171231	12
S8	Autonomy	Full text, abstract available, published date 20110101-20171231	991
S9	S6 AND S2	Full text, abstract available, published date 20110101-20171231	245
S10	S6 AND S2 AND S8	Full text, abstract available, published date 20110101-20171231	7

S11	Dementia care	Full text, abstract available, published date 20110101-20171231	343
S12	S11 AND S8	Full text, abstract available, published date 20110101-20171231	7
S13	S2 AND S8	Full text, abstract available, published date 20110101-20171231	29
S14	S2 AND S8 AND Nursing	Full text, abstract available, published date 20110101-20171231	7
S15	Restraint	Full text, published date 20110101-20171231	403
S16	S2 AND S15	Full text, published date 20110101-20171231	29
S17	S2 AND S15 AND S6	Full text, published date 20110101-20171231	11

På søk 5, vart artikkel nr 2 valt:

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

På søk 7 vart artikkel nr 1 valt:

"Coercion in nursing homes: Perspective of patient and relatives" Gjerberg, E., Lillemoen, Lillian., Pedersen, R. & Førde, R. (2016)

På søk 17 vart artikkel nr 6 valt:

"The etich of coercive treatment of people with dementia" Lejman, E., Westerbotn, M., Pöder, U. & Wadensten, B. (2013)

Søk i databasen SveMed+ 08.01.2017

Søk	Søkeord –fritekst	Søkeord MeSH	Avgrensingar	Resultat
S1	Tvang		Publisert 2012-2017	83
S2	Tvang		Publisert 2011-2016, artikkel	62
S3	Tvang	demens	Publisert 2011-2016, artikkel	4
S4	Samtykke	demens		15
S5	samtykke	demens	artikkel	12
S6	samtykke	demens, sykehjem	artikkel	5

På søk 3, vart artikkel nr 2 valt:

"Frivillighet og tvang i sykehjem – to sider av same sak?" Øye, C. (2015)

Vedlegg 2: Resultattabell

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
Gjerberg, M., Hem, M. H., Førde, R. & Pedersen, R. (2013) <i>"How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study"</i>	Studien undersøker kva strategiar eller alternative måtar pleiepersonalet ved ulike sjukeheimar i Noreg brukar for å unngå tvang når pasientane motset seg pleie og behandling. Kva pleiarane meiner må ligge til grunn for å unngå bruk av tvang, vert og undersøkt.	Metoden som blir brukt er fokusgruppeintervju. Deltakarane var fordelt på 11 fokusgrupper, og intervjuet vart gjennomført ved hjelp av ein intervjuguide som var oppdelt i ulike tema.	Deltakarane vart rekruttert via leiarane på fem ulike sjukeheimar, og i alt 60 deltakarar med ulike utdanningsnivå vart inkludert.	Det kom fram av studien at personalet brukte mykje tid på å prøve alternative metodar for å unngå bruk av tvang. Lokking, luring, avleiing, overtaling, forklaring, prøve med anna personale, prøve igjen seinare og skjerming var metodar dei brukte for å unngå å bruke tvang. Personalet meinte at det å ha god kjennskap til pasienten og historia deira, nok personale på jobb og god kompetanse hos dei ansatte var forutsetningar for å redusere bruken av tvang
Gjerberg, E., Lillemoen, Lillian.,	Målet med studien er å undersøke pasientar og	Studien har eit kvalitativ og undersøkende	Seks sjukeheimar frå fire kommunar vart spurt om å delta	Pasientane sitt syn på tvang kunne delast i tre

<p>Pedersen, R. & Førde, R. (2016) <i>”Coercion in nursing homes: Perspective of patient and relatives”</i></p>	<p>pårørende sine tankar om bruk av tvang, om det kan forsvarast og i tilfelle i kva situasjonar dei meiner tvang kan forsvarast.</p>	<p>design. For å samle data vart nytta individuelle semistrukturerte intervju basert på ein intervjuguide med 10 spørsmål med pasientane. Dei første 10 intervjuar gjorde to av forfattarane saman, og resten vart delt mellom dei. Med dei pårørende vart det nytta fokusgruppeintervju samansatt av åtte spørsmål.</p>	<p>i studien. Dei var sjølv ansvarlege for å rekruttere pasientar og pårørende, og inklusjonskriterie for pasientane var at dei hadde kognitiv evne til å delta i samtalar om deira opplevingar på sjukeheimen. 38 bebuarar vart intervjuar, to av desse var for kognitivt redusert til å gjennomføre, og ein av bebuarane ombestemte seg. Dei 35 attverande deltakarane besto av 27 kvinner og 8 menn, med ein gjennomsnittsalder på 86. Personane i pårørandegruppa besto av slektningar til bebuarar med ein eller anna form for kognitiv svikt. Gruppa besto av 60 personar.</p>	<p>hovudgrupper. Den første var dei som var positive til nokre former for tvang, men ikkje utan atterhald. Den andre var dei som var usikre, eller som syntes det var for vanskeleg å snakke om og den tredje var dei som hadde eit negativt syn på bruk av tvang. Dei fleste gav uttrykk for at dei stolte på pleiarane sine vurderingar, og at dei ynskte det beste for pasientane, sjølv om det vart gjort mot pasienten sin vilje. Dei fleste pårørende var positive til bruk av tvang i gitte situasjonar, men at det var viktig å prøve andre tiltak først.</p>
<p>Lejman, E., Westerbotn, M., Pöder,</p>	<p>Målet med studien var å skildre korleis sjukepleiarar i</p>	<p>Studien har eit kvalitativt og skildrande design og</p>	<p>Ti sjukepleiarar med gjennomsnittsalder på 47 år, frå ti ulike</p>	<p>Ut frå analysen kom det fram tre ulike sjukepleie-</p>

<p>U. & Wadensten, B. (2013) <i>"The etich of coercive treatment of people with dementia"</i></p>	<p>sjukeheim ivaretok bebuarane sine rettigheitar, verdigheit og forsvarleg pleie utan å krenke integriteten deira.</p>	<p>vart gjort i Sverige. Datasinnsamling vart gjort ved bruk av individuelle intervju. Ein intervjuguide med 8 spørsmål vart brukt vegleiane, med rom for spontane spørsmål som dukka opp undervegs. Intervjua vart tatt opp, og transkribert ordrett.</p>	<p>sjukeheimar deltok i studien. Dei hadde i gjennomsnitt 16 års erfaring som sjukepleiar, og 8 år i demensomsorg.</p>	<p>strategiar. To av dei innebar bruk av tvang, medan den siste jobba for å unngå bruk av tvang. Manglande kunnskap om lovgjevinga, kunnskap om kva tiltak som vert rekna som tvang, manglande kunnskap om demensomsorg og lite personale på jobb ser ut til å ivareta bruken av tvang for å sørgje for god og trygg pleie til bebuarane på sjukeheimane.</p>
<p>Øye, C., Jacobsen, F.F. & Mekki, T. E. (2016) <i>"Do organisational constraints explain the use of restraint? A comparative ethnographic study from three nursing"</i></p>	<p>Studien undersøker kva type tvang som vert brukt i norske sjukeheimar, korleis personalet brukar tvang og under kva organisatoriske forhold det vert brukt.</p>	<p>Studien er ein empirisk studie, basert på ein mixed-method studie, Modelling and Evaluating eviDence based Continuing Education program in Dementia care (MEDCED) som vart brukt i eit forskingsprosjekt der ein skulle undersøkje effekten av eit</p>	<p>I denne studien er tre sjukeheimar valt ut frå variasjonen i bruk av tvang, frå mest, minst til ingen bruk av tvang. Ein observasjonsguide og ein intervjuguide vart utarbeida, og feltarbeidet i sjukeheimane starta mellom eit halvt og eit år etter utdanningsprosjektet fann stad.</p>	<p>Funna i studien viste ein samanheng mellom både samansetnad i pasientgruppa, pleiemiljø, geografisk plassering av sjukeheimen og antall personale på jobb, og at årsaka til bruken av tvang er ein kombinasjon av desse faktorane.</p>

<i>homes in Norway</i>		utdanningsseminar, kalla tillit framfor tvang (TFT), for å redusera bruken av tvang i 24 ulike sjukeheimar i Noreg.		
Øye, C. (2015) <i>"Frivillighet og tvang i sykehjem – to sider av same sak?"</i>	Artikkelen tar sikte på å skildre korleis tvang og frivilligheit kan forståast som gjensidig avhengige fenomen i demensomsorg	Det er brukt etnografisk metode med ein kombinasjon av intervju/samtale og deltakande observasjonar. Dei empiriske eksempla som er brukt er henta frå fire ulike sjukeheimar.	Det er gjort 42 intervju med personalet og det er gjort deltakande observasjon i fellesareal, uteareal, pauserom og vaktrom fordelt på 52 dagar.	Det kjem fram av studien at personalet på sjukeheimane strekker seg lagt for å prøve ulike tillitskapande tiltak for å unngå å bruke tvang. For å sikre at bebuarane sine rettigheit, i samsvar med lovgjevinga, nyttar pleiarane ei rekkje tiltak som kan forståast som ufomell tvang for å unngå å bruke formell tvang.
Øye, C., Mekki, T.E., Skaar, R., Dahl, H., Forland, O. & Jacobsen, F.F. (2015) <i>"Evidence Molded by Contact with</i>	Studien undersøker korleis utdanningsseminaret TFT har blitt mottatt og brukt av pleiarane ved tre av sjukeheimane som var med i prosjektet, for å finne ut kva som hindrar og kva	Det vart nytta etnografisk metode, i tillegg til empirisk materiale basert på etnografiske feltstudiar gjort ved tre ulike sjukeheimar. Det empiriske materiale er i tillegg basert på kvantitative	Feltarbeidaren observerte i fellesareal og uteareal, og var der mellom 5 og 12 timar per dag i 36 dagar. Det vart tatt notat frå 50 rapportar og gjort totalt 30 intervju med sjukepleiarar,	Studien visar sannsynlege forklaringar på kvifor og i kva samanheng kompetansehevande tiltak vert ein suksess eller ikkje. Bruken av ny kunnskap vert

<i>Staff Culture and Patient Milieu: an Analysis of the Social Process of Knowledge Utilization in Nursing Homes”.</i>	som fremjar implementering av ny kunnskap.	data frå dei 24 sjukeheimane som deltok på utdanningsprosjektet TFT. Det vart brukt både ein observasjonsguide og ein intervjuguide.	hjelppeleiarar og assistentar. Inklusjonskriterie var at deltakarane hadde delteke på seminaret minst ein dag og hadde delteke på to eller fleire samlingar i etterkant.	påverka av personalkulturen, pasientsamansetnad og miljø, korleis personalet klarar å gjere seg nytte av den nye kunnskapen, haldningar til endring og resursane dei har tilgjengelege i tillegg til gode erfaringar undervegs.
--	--	--	--	---