



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	26-02-2018 09:00	Termin:	2018 VÅR
Sluttdato:	26-04-2018 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)	Studiepoeng:	12
SIS-kode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2018 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 549

Informasjon fra deltaker

Tittel *: "Bare husk at jeg trenger deg"

Antall ord *: 8999

Navn på veileder *: Aina Skorpen

Tro- og loverklæring *: Ja

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

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

«Bare husk at jeg trenger deg»

«Just remember that I need you»

Kandidatnummer: 549

Bachelor i sykepleie, Stord

Institutt for Helse- og omsorgsvitenskap

Veileder: Aina Skorpen

Innleveringsdato: 26.04.2018, kl. 14.00

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

«Bare husk at jeg trenger deg»



Bilde ¹, tidligere pasient som ønsker å være anonym, har gitt meg tillatelse til å benytte bildet i denne bacheloroppgaven.

Bacheloroppgave i sykepleie

HVL, Campus Stord 2018

Kull 2015

Innleveringsdato: 26.04.2018, kl. 14.00

Antall ord: 8999

Ikke spør meg om å huske

Ikke spør meg om å huske;

Ikke prøv å la meg forstå.

La meg hvile og vite at du er med meg,

kyss mitt kinn og hold min hånd.

Jeg er forvirret utover det du kan forstå.

Jeg er trist og syk og fortapt.

Alt jeg vet er at jeg trenger deg,

å være med meg for enhver pris.

Ikke tap tålmodigheten med meg,

ikke skjell eller forbann eller gråt.

Jeg kan ikke hjelpe måten jeg oppfører meg på;

Jeg kan ikke være annerledes til tross for jeg prøver.

Bare husk at jeg trenger deg,

at det beste av meg er borte.

Vær så snill, stå ved siden av meg,

elsk meg til den dagen livet mitt tar slutt.

- Owen Darnell

Min oversettelse fra engelsk til norsk. Hentet 09.04.2018 fra

<https://www.alzheimers.net/2013-08-05/do-not-ask-me-to-remember-poem/>

Sammendrag

Tittel: Bare husk at jeg trenger deg.

Bakgrunn: Som sykepleierstudent har jeg inntrykk av at bruk av tvang ofte benyttes i hverdagslige situasjoner uten bevisstgjøring, spesielt på pasienter med demens. Hele 21% av helsepersonell bruker tvang på disse pasientene, mot deres vilje.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere som jobber på norske sykehjem bidra til å redusere bruken av tvang på pasienter med demens?

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å finne ut av hvordan sykepleiere kan iverksette konkrete tiltak for å redusere bruken av tvang. Jeg ønsker med dette å få kunnskap om bruken av tvang som kan gi en økt bevisstgjøring til egne handlinger innenfor sykepleie.

Metode: Oppgaven er litteraturstudie som består av kvalitative studier. Jeg har brukt databasene CINAHL, SveMed+ og PupMed. For å finne relevant forskning for å svare på problemstillingen benyttet jeg meg av søkeordene «coercion», «nursing home», «dementia» og «relatives».

Resultat: Resultatene i studiene viser at økt bemanning på norske sykehjem spiller en viktig rolle i bruken av tvang. Med dette trengs det økt kompetanse og kunnskap omkring sykdommen demens. Dette for å ivareta kommunikasjonen og omsorgen til pasientene, samt utelukke at det forekommer etiske dilemmaer. Funn i studiene underbygger at det blir forsøket med alternative tiltak før bruk av tvang. Dette inkluderer blant annet samtaler, distraksjon og fleksibilitet. I samsvar med personsentrert omsorg kan bruk av tiltak redusere bruken av tvang.

Summary

Title: Just remember that I need you.

Background for selecting theme: As a nursing student, I have got the impression that the use of coercion is often used in everyday situations without consciousness, especially related to patients with dementia. Around 21% of healthcare professionals use coercion on these patients, against their will.

Problem: How can nurses working at Norwegian nursing homes help reduce the use of coercion on patients with dementia?

Purpose of the paper: The purpose of the paper is to find out how nurses can take concrete measures to reduce the use of coercion. With this I wish to gain knowledge about the use of coercion that can increase awareness of own actions in nursing.

Method: This assignment is a literature study. I have used the following databases: CINAHL, SveMed+ and PubMed to find relevant research that can answer the problem. The keywords I used were «coercion», «nursing home», «dementia» and «relatives».

Result: The results in the studies show that increased staffing at Norwegian nursing homes plays an important role in the use of coercion. With this, increased skills and knowledge about the dementia are needed in order to ensure the good communication with, and care of the patients, and to remove ethical dilemmas. Findings in the studies substantiate that attempts are being made with alternative measures before use of coercion. This includes conversations, distraction and flexibility. In accordance with individual care, the use of measures may reduce the use of coercion.

Innholdsfortegnelse

1 INNLEDNING	1
1.1 Valg av tema og problemstilling	1
1.2 Avgrensing	2
1.3 Hensikt og mål.....	2
1.4 Definisjon av begreper i problemstillingen	2
1.4.1 Tvang.....	2
1.4.2 Demens	2
1.4.3 Sykehjem	3
2 TEORI	4
2.1 Tvang.....	4
2.1.1 Formell og uformell tvang	4
2.1.2 Norske lover vedrørende tvang	4
2.2 Demens.....	5
2.2.1 Utvikling og symptomer.....	6
2.2.2 Pårørende til pasienter med demens	6
2.3 Norske sykehjem	7
2.4 Filosofene Søren Kirkegaard og Joyce Travelbee	7
2.5 Personsentrert omsorg	8
2.6 Kompetanse	8
2.7 Kunnskap.....	9
2.8 Kommunikasjon	9
2.9 Etisk dilemma.....	10
3 METODE	11
3.1 Framgangsmåte	11
3.2 Metodekritikk	13
3.3 Kildekritikk	13
3.4 Forskningsetikk	15

4 RESULTAT	16
4.1 Sammendrag av hver artikkel.....	16
4.1.1 How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study	16
4.1.2 Kampen for pasientens beste – sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens	16
4.1.3 Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang.....	17
4.1.4 Coercion in nursing homes: Perspectives of patients and relatives	18
4.1.5 Frivillighet og tvang i sykehjem – to sider av samme sak?	19
4.2 Oppsummering av hovedfunn	20
5 DRØFTING	21
5.1 Hvordan kan sykepleiere som jobber på norske sykehjem bidra til å redusere bruken av tvang på pasienter med demens?.....	21
6 KONKLUSJON	29
7 REFERANSELISTE	30
8 VEDLEGG	33
8.1 Vedlegg 1 - Resultattabell	33
8.2 Vedlegg 2 - Sjekkliste for kvalitativ studie	37

1 INNLEDNING

Bacheloroppgaven har til hensikt å undersøke hvordan sykepleiere som jobber på norske sykehjem kan bidra til å redusere bruken av tvang på pasienter med demens. Johnsen og Smebye (2008, s. 208) skriver at det har blitt undersøkt og rapportert at bruken av tvang er stor ovenfor pasienter med demens. Dette har ført til vanskelige situasjoner for personalet, og et større problem for pasientene.

Gjennom årene har jeg fulgt med og lest på nyheter hvor det av og til har kommet fram at det blir brukt ulovlig tvang på pasienter med demens (Bakke, 2011), og at helsepersonell er usikre på hvor grensen for tvangsbruk går (Klem, 2013). Dette temaet har vekket min interesse også fordi det inngår som en del av utdanningen i sykepleie. Jeg ønsker å finne ut om det finnes måter å redusere tvang for å gi denne pasientgruppen en bedre livskvalitet og hverdag.

1.1 Valg av tema og problemstilling

Bruk av tvang på pasienter med demens har gitt meg sterke inntrykk. Tvang er noe jeg har sett ofte, og inkluderer eksempelvis sykepleiere som har lurt pasientene til å ta medikamenter, tatt opp sengehesten uten samtykke, og stell uten pasientenes vilje. En situasjon jeg husker spesielt godt var fra min praksis hvor en urolig pasient med demens gjorde de andre beboerne engstelige på en nattevakt. Pasienten nektet å ta sobril; en medisin som ville berolige han. Sobril blir brukt til psykosomatiske lidelser preget av angst, uro og spenning (Sobril, 2017). Episoden endte med at en sykepleier tvang pasienten til å ta en sobril ved å gjemme den i maten. Ifølge Brodtkorb (2008) bruker hele 21% av helsepersonell tvang mot pasientens vilje (Brodtkorb, 2008, s. 151).

Som sykepleierstudent har jeg inntrykk av at bruken av tvang ofte benyttes i hverdagslige situasjoner uten bevisstgjøring, og da spesielt mot svake grupper som demente. Mitt håp er å tilegne meg kunnskaper om alle aspekter rundt bruken av tvang på pasienter med demens for å sikre pasientenes trygghet og rettigheter. Økt kunnskap om temaet kan forhåpentlig redusere bruken av tvang og samtidig bedre sykepleierfaget.

Basert på mine refleksjoner ovenfor har jeg kommet fram til følgende problemstilling:
«Hvordan kan sykepleiere som jobber på norske sykehjem bidra til å redusere bruken av tvang på pasienter med demens?»

1.2 Avgrensning

Oppgaven vil legge vekt på pasienter med demens som bor på norske sykehjem. Dette inkluderer både kvinner og menn som lider av ulike grader av demens. For å kunne svare på problemstillingen er det relevant å redegjøre for norske lover vedrørende tvang. Bruk av tvang medfører ofte et etisk dilemma, derfor vil oppgaven redegjøre for dette. Oppgaven vil ta for seg kommunikasjon med fokus på det nonverbale og verbale i tillegg til å fokusere på personsentrert omsorg. For å finne måter å redusere tvang på, ønsker jeg å inkludere samarbeid med pårørende. Pårørende har ofte mye kunnskap om pasientene og kan være en ressurs å dra nytte av.

1.3 Hensikt og mål

Hensikten med oppgaven er å finne svar på hvordan sykepleiere kan iverksette konkrete tiltak for å redusere bruken av tvang. I drøftingen vil jeg benytte meg av relevant forskning om tvang og demens. I tillegg ønsker jeg selv å få kunnskap om bruken av tvang som kan gi en økt bevisstgjøring til egne handlinger innenfor sykepleien. Målet med oppgaven er at kunnskapen som blir funnet også kan formidles videre til mine framtidige kollegaer.

1.4 Definisjon av begreper i problemstillingen

1.4.1 Tvang

Tvang er fravær av samtykke. Det foreligger ikke ulovlig tvangsbruk dersom en har et gyldig samtykke til å gjennomføre det aktuelle tiltaket (Johnsen og Smebye, 2008, s. 210).

1.4.2 Demens

Demens er en progredierende kognitiv hjernefunksjonssvikt som opptrer hos tidligere kognitive og velfungerende personer. Årsaken avhenger av hvilke type demens det er snakk om (Bertelsen, 2015, s. 326).

1.4.3 Sykehjem

Sykehjem er en institusjon med heldøgns helsetjeneste til pasienter som ikke greier seg selv på grunn av stort hjelpebehov. Pasientene bor på sykehjemmet og har dette som egen bolig. De sover, spiser og bruker fritiden sin der (Hauge, 2008, s. 219).

2 TEORI

Her vil det framlegges teori som er relevant for å besvare problemstillingen på en helhetlig måte. Teorien er hentet fra pensum og annen litteratur.

2.1 Tvang

En undersøkelse av Engedal mfl. viser at forekomsten av tvang er stor i forbindelse med stell. Hele 21 % av pleiepersonell sier at de daglig eller av og til bader og dusjer pasientene mot deres egen vilje (sitert i Brodtkorb, 2008, s. 150-151). I følge Kirkevold blir tvang definert slik (sitert i Johnsen og Smebye, 2008, s. 208-209):

... bruk av redskap som hindrer pasientens bevegelsesfrihet eller tilgang til egen kropp, fysisk holdning ved undersøkelse eller behandling, og i forbindelse med omsorgstiltak, overvåking med elektroniske hjelpemidler, og tilsetning av medisiner i mat og drikke uten beboerens vitende og vilje.

2.1.1 Formell og uformell tvang

Loven regulerer for formell tvang, men ikke uformell tvang. Formell tvang innebærer å tilbakeholde pasientene. Dette inkluderer blant annet å holde igjen armer og ben i en stellesituasjon, tvangsmedisinere som betyr å skjule medikamentene i drikke eller mat, strukturell tvang som å låse dører og overvåke, og fysiske tvangsmidler som bruk av sengehest (Øye, 2016, s. 153).

Uformell tvang innebærer trusler, lure og hvite løgner. Å lyve til pasienter på sykehjem om hvor han eller hun befinner seg for å unngå at pasienten blir urolig og vil «hjem» er et eksempel på uformell tvang. Et annet eksempel er å lure pasientene til å drikke eller spise for å sikre at de får i seg viktige medisiner (Øye, 2016, s.154).

2.1.2 Norske lover vedrørende tvang

Norske lover er nært knyttet til menneskerettigheter. Artikkel 3 i FNs verdenserklæring om menneskerettigheter legger vekt på at «enhver har rett til liv, frihet og personlig sikkerhet» (FN, 2018). Frihet innebærer blant annet å være fri fra bruk av tvangsmidler.

Norsk sykepleieforbunds yrkesetiske retningslinjer for sykepleie bygger på barmhjertighet, omsorg, verdighet og respekt for menneskerettighetene. Punkt 2.7 i disse retningslinjene kan anses som grunnleggende for å beskytte og redusere tvangsbruken på pasienter med demens: «sykepleieren beskytter pasienten mot krenkende handlinger som ulovlig og unødvendig rettighetsbegrensning og tvang». Som sykepleier har en faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger, og skal sette seg inn i det lovverket som regulerer tjenesten (Norsk sykepleierforbund, 2016).

Pasient og brukerrettighetsloven (1999) § 4-1 skriver at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for helsehjelp uten samtykke. Loven gir alle rett til nødvendig behandling, men det skal stilles krav til at den som skal ha behandlingen samtykker (Berentsen, 2008, s. 137). I følge samme lov § 3-1 har pasientene rett på medvirkning.

Noen pasienter med demens har problemer med deres selvbestemmelse på grunn av sykdommen. Pasient og brukerrettighetsloven (1999) § 4A-3 innebærer å prøve tillitsskapende tiltak før en bruker tvang. Loven sier følgende: «Før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, må tillitsskapende tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette». Formålet med loven er å begrense tvangsbruken og sikre at pasienter uten samtykkekompetanse får god nok helsehjelp. Vedtak om tvang må først godkjennes av annet kvalifisert helsepersonell.

Med referanse til Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) skal tvang kun tas i bruk dersom det er til pasientens beste, og andre tillitsskapende midler er prøvd. § 4A-4 sier at dersom alle vilkår i § 4A-3 er oppfylt, kan helsehjelp gjennomføres med tvang. § 3-3, informasjon til pasientens pårørende, innebærer at dersom pasientene samtykker, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om helsetilstanden og den helsehjelpen som ytes.

2.2 Demens

Engedal og Haugen beskriver demens slik (siteret i Berentsen, 2008, s. 354):

... en ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske

prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenking og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret atferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid.

2.2.1 Utvikling og symptomer

Demens utvikler seg individuelt og deles opp i tre hovedfaser; mild grad, moderat grad og alvorlig grad. Ved mild grad merker pasienten endringer som påvirker hverdagen, men kan greie seg godt. Ved moderat grad kan gjøremål i dagliglivet bli mer utfordrende. Ved alvorlig grad klarer ikke pasienten seg alene og blir hjelpeløs (Rokstad, 2008, s. 39).

Symptomene med demens kan deles inn i kognitive, atferdsmessige og motoriske symptomer. Ved kognitive symptomer blir oppmerksomheten redusert. Dette kan føre til svekket funksjonsevne når det gjelder hukommelse og problemløsning. Ved atferdsmessige symptomer vil de fleste få reaksjoner knyttet til atferd og følelser. Dette inkluderer depresjon, angst, vrangforestillinger, feiltolkninger, hallusinasjoner, apati, interesseløshet og forandring i døgnrytmen. Ved motoriske symptomer kan svikt i muskulaturen og balansen forekomme (Rokstad, 2008, s. 41-44).

2.2.2 Pårørende til pasienter med demens

Maj Fant beskriver opplevelsen av å være pårørende til pasienter med demens slik (sitert i Smebye, 2008, s. 236):

Å leve nær en dement person betyr en uendelig rekke av selvbebreidelser. Det betyr brått skiftende sinnsstemninger, både hos den demente og hos de pårørende. Vi kjører opp og ned i følelsesheisen hele tiden, opp når det går fint og hun er ganske klar, ned når hun er helt borte.

Studier har vist at pårørende opplever stress, får redusert livskvalitet og kan utvikle depresjon. Når deres kjære har fått diagnosen demens, reagerer noen på en forståelig måte, andre med sinne og sorg (Berentsen, 2008, s. 371). Som sykepleier skal en forstå pårørendes reaksjon og erkjenne at det er behov for tilpasning grunnet sykdommens utvikling (Smebye, 2008, s. 239).

Å forstå pårørende i deres situasjon og behov kan være et utgangspunkt for at den og de som hjelper til kan støtte dem. For hjelpere inkluderer det å spille på lag med pårørende ved å lytte, kjenne den syke og ha verdifull kunnskap om forhold rundt diagnosen (Smebye, 2008, s. 234).

2.3 Norske sykehjem

Som ansatt på et norsk sykehjem har en ansvar for å hjelpe eldre med nedsatt fysisk og psykisk funksjonsevne. En skal skape et miljø der eldre trives og blir ivaretatt som menneske. Dette krever høy sykepleiefaglig kompetanse (Hauge, 2008, s. 219). Rutiner er noe som inngår på norske sykehjem. Bruk av rutiner kan fort preges av faste og trygge mønstre i de daglige handlinger. Rutinebruken kan likevel bli negativ hvis pleien fører til at sykepleiere slutter å vurdere pasientenes enkelt behov og ikke tar hensyn til deres behov og ønsker (Hauge, 2008, s. 230). En studie av Kirkevold og Engedal viser dessuten at bemanningsproblemer på sykehjem fører til at personalet vurderer kvaliteten for den enkelte pasient som dårligere enn et fullverdig tilbud (sitert i Slettebø, 2008, s. 176).

2.4 Filosofene Søren Kirkegaard og Joyce Travelbee

Et kjent sitat av den danske filosofen Søren Kirkegaard er: «Hvis det i sannhet skal lykkes å føre et menneske hen til et bestemt sted, må man først og fremst passe på å finne ham der hvor han er, og begynne der» er et kjent sitat av den danske filosofen Søren Kirkegaard (sitert i Pedersen, 2007).

Sitatet kan tolkes slik at en skal sette seg inn i andres situasjon, vise respekt og gjøre det pasientene ber om. Dette innebærer selvrefleksjon, dialog med pasientene, pårørende, kollegaer og annet helsepersonell (Pedersen, 2007).

Sykepleiefilosofen Joyce Travelbee mener at ethvert menneske er en unik person. Hun påpeker at omgivelsene er viktige og inkluderer pasientens familie, som hun ser på som betydningsfull for den syke. Travelbee mener at sykepleie består av å hjelpe den syke til å finne en mening i den situasjonen personen befinner seg i, og etablere relasjoner mellom mennesker (Kristoffersen, 2012, s. 216). Travelbee påpeker at sykepleiere har som ansvar å forebygge sykdom, fremme god helse og finne en mening. Valgmuligheter kan gi en opplevelse av frihet og autonomi. Hun fokuserer på tillit som innebærer troen på at andre vil

hjelp når det trengs. Selv om lidelsen er stor, skal en kunne holde ut og ikke gi opp. Det er viktig at en sykepleier kjenner til pasientens opplevelse av sin situasjon mer enn å forholde seg til diagnosen (Kristoffersen, 2012, s. 217).

Når en pasient preges av sinne, håpløshet og bitterhet, er det av stor betydning at en sykepleier griper inn. Som sykepleier innebærer dette å forebygge at pasientens tilstand forverrer seg. Travelbee understreker at selv om et menneske som aksepterer sykdom ikke ønsker å være syk eller lide, vil den som lider oppleve angst og behov for hjelp og støtte på samme måte som andre. En sykepleier skal bryte ut av sine forutinntatte oppfatninger av pasienten og se han som den personen han er (Kristoffersen, 2012, s. 218-220).

Ifølge Travelbee innebærer det å være profesjonell sykepleier å bruke sin personlighet på en fornuftig og hensiktsmessig måte sammen med pasienten. Sykepleiere må ha de kunnskapene som trengs i yrket (Kristoffersen, 2012, s. 222). Travelbee beskriver kommunikasjon som et av sykepleierens viktigste redskaper når det gjelder å skape gode relasjoner til pasientene. Det er viktig å skille mellom hva som er sykepleierens behov og hva som er pasientens behov. Gjennom kommunikasjon blir sykepleiere kjent med pasientenes personligheter og kan bygge relasjoner. Kommunikasjon omfatter tanker hvor følelser kommer til syne. Dette inkluderer verbal kommunikasjon ved hjelp av ord og den nonverbale ved hjelp av mimikk, tonefall, bevegelse og berøring (Kristoffersen, 2012, s. 221).

2.5 Personsentrert omsorg

Kitwood skriver at personsentrert omsorg innebærer å se hele mennesket, legge til rette for at pasientene kan bruke sine ressurser og være i stand til å opprettholde sin selvstendighet så lenge som mulig. Som sykepleier skal en se vekk fra demenssykdommen og i stedet legge vekt på den enkeltes opplevelse av sitt liv med sykdommen. Kitwood ønsker å endre demensomsorgen fra fokus på sykdommen til fokus på personen (sitert i Rokstad, 2008, s. 70).

2.6 Kompetanse

Bruk av tvang i demensomsorgen blir begrunnet i pasientens beste. Ut fra dette kreves det faglig kompetanse for å forstå pasienter med demens (Johnsen og Smebye, 2008, s. 219). Det er viktig at en sykepleier har kompetanse til å understøtte pasientens ferdigheter. En

sykepleier skal ikke bare vurdere egen kompetanse, pasientens ønsker og evne til deltakelse, men også hvilke rammer som sykepleien ytes innenfor, og som hindrer en sykepleier som anerkjenner og respekterer den enkeltes ønsker og valg (Kirkevold, 2008, s. 103).

2.7 Kunnskap

For å unngå at pasienter med demens blir utsatt for unødvendig risiko, må en sikre at behandlingen gis på grunnlag av økt kunnskap. Dette innebærer å ha kunnskap om den aktuelle situasjonen og relevant fagkunnskap. Det er viktig å ha kunnskap om lovverket og hva som er tillatt (Rokstad, 2008, s. 79). Å få innsikt i hvem pasienten er og har vært tidligere kan gi den hjelpen som sykepleien har behov for. Ved å ha riktig kunnskap om sykdommen demens og dens utvikling kan sykepleiere tilpasse pasientens sykdomsfase og aldringsprosess (Kirkevold, 2008, s. 109).

2.8 Kommunikasjon

Kommunikasjon innebærer å skape relasjon. Gode relasjoner skaper trygghet, utvikler oss og gjør oss til bedre mennesker. Kommunikasjon har flere hensikter. Det handler blant annet om å formidle en beskjed, finne ut hva andre føler og mener, skape trygghet, og dele og løse problemer. Uten bruk av kommunikasjon vil en streve med å opprettholde en opplevelse av felleskap og relasjon. Det kan også være komplisert for pasienter med demens å få andre til å forstå deres innerste erfaringer, opplevelser, ønsker og behov (Rokstad, 2014, s. 38-39).

2.8.1 Verbal og nonverbal kommunikasjon

Verbal kommunikasjon er basert på ord. Ordene vi bruker til personer med demens må være enkle og direkte og med minst mulig forvirret innhold. Verbal kommunikasjon skal ha en klar, spesifikk og konkret mening som ikke fører til misforståelser. En skal ikke ha flere budskaper i samme setning. For å tilpasse ordbruken må en lese den responsen en får. For eksempel hvis en pasient virker forvirret eller rastløs, kan det være tegn på at en ikke har nådd fram til pasienten. Får vi derimot et nikk eller smil, kan det være tegn på at en har lyktes (Rokstad, 2014, s. 41).

Nonverbal kommunikasjon innebærer kroppsspråk, ansiktsuttrykk, stemmeleie og øyekontakt. For eksempel innebærer et smil tegn på aksept og forståelse og kan signalisere at alt er i orden. Det kan bidra til å opprettholde kontakt og føre til at den andre blir positiv og avslappet. Stemmeleie kan uttrykke meningen i hva vi ønsker å formidle. Øyekontakt kan øke sjansen for at pasientene blir mer oppmerksomme på et budskap (Rokstad, 2014, s. 41).

2.9 Etisk dilemma

Bruk av tvang kan oftest føre til et etisk dilemma og uenigheter. Slettebø (2012) beskriver et etisk dilemma som en konflikt mellom pasientens autonomi og sykepleierens profesjonelle plikt til å gi helsehjelp. Etisk dilemma utgjør en valgsituasjon mellom to eller flere verdier der begge alternativene er ønsket, men også alternativer der begge fører til uønskede konsekvenser. Ut fra dette kan en sykepleier stå i faglige valg om hva som er det beste for pasienten, samtidig som det er et etisk valg om hvilke prinsipper som skal veie tyngst i situasjonen (Slettebø, 2012, s. 43-45).

3 METODE

«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 i arsenalet av metode» (Dalland, 2017, s. 50).

Metode er et redskap som vi vil bruke til å undersøke noe, og den forteller oss hvordan vi bør gå fram for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2017, s. 51).

3.1 Framgangsmåte

I oppgaven brukes det litteraturstudie som metode. Valget er tatt for å få en oversikt over hva aktuell forskning og faglitteratur sier om hvordan sykepleiere kan redusere bruken av tvang hos pasienter med demens. Dalland (2017) skriver at ved litteraturstudie kan oppgaven få et bredere perspektiv rundt temaet. Dette innebærer blant annet at resultatene skal være i samsvar med virkeligheten og kontrollbare, data skal være presist utvalgt og nøyaktige, og til slutt bør forskningsvirksomheten bygge på det som allerede eksisterer (Dalland, 2017, s. 56).

Etter valget av relevant tema var tatt startet litteratursøket. Databasene CINAHL, PupMed og SveMed+ ble benyttet ettersom disse er anerkjent innenfor helse. CINAHL inneholder engelskspråklig litteratur relatert til sykepleiefaget. I tillegg inneholder databasen en del kvalitativ forskning som kan være relevant til min problemstilling. PupMed er en verdensdekkende database som inneholder ulike referanser innen medisin og sykepleie. SveMed+ inneholder forskning fra Skandinavia og er basert på helsefag (Høgskolen på Vestlandet, u.å).

Følgende søkeord ble benyttet: «coercion», «nursing home», «dementia» og «relatives». Etter endt søk ble det gjennomført en systematisk gjennomgang av alle overskriftene. Artikler med overskrifter som kunne være relevante for problemstillingen ble valgt ut før sammendragene til disse artiklene ble gjennomlest. Til slutt ble det satt et avgrensningskriterium på maks 10 år.

Artikkelsøk:

Database	Dato	Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
CINHAL	08.03.18	S1	Coercion		1732
		S2	Nursing home		52141
		S3	Dementia		36755
		S4	S1 S2 S3	AND	7
		S5	S1 S2 S3	Publisert: 20100101- 20171231	6
SvedMed+	09.03.18	S1	Coercion		87
		S2	Nursing home		909
		S3	Dementia		572
		S4	S1 S2 S3	AND	8
		S5	S1 S2 S3	Publisert: 10 år	7
PubMed	15.03.18	S1	Coercion		6080
		S2	Nursing home		82353
		S3	Relatives		1156315
		S4	S1 S2 S3	AND	14
		S5	S1 S2 S3	Publisert: 10 år	6

Etter fullført litteratursøk ble disse fire artiklene valgt:

1) *How to avoid and prevent coercion in nursing homes: a qualitative study* av Gjerberg, E., Hem, H. M., Førde, R. & Pedersen, R. (2013).

2) *Kampen for pasientens beste – sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens* av Garden, M-H. & Hauge, S. (2012).

3) *Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang* av Hem, H.M., Gjerberg, E., Pedersen, R., & Førde, R. (2011).

4) *Coercion in nursing homes: Perspectives of patients and relatives* av Gjerberg, E., Lillemoen, L., Pedersen, R., & Førde, R. (2015).

Den siste forskningsartikkelen, *Frivillighet og tvang i sykehjem – to sider av samme sak?* (2015) fikk jeg av Christine Øye, Professor i helse- og omsorgstjeneste på Høgskolen på Vestlandet, Campus Stord.

Alle fem artiklene anses som relevante fordi de omhandler tvang på norske sykehjem på pasienter med demens.

3.2 Metodekritikk

Det kan tenkes at oppgaven ville fått et bredere perspektiv og resultat ved bruk av flere databaser. For eksempel er MEDLINE en anerkjent database innenfor medisin og helse som kunne gitt andre relevante treff. Det kan også tenkes at søkeprosessen inneholdt for få søkeord. Med bakgrunn i dette brukte jeg «nursing home», men kunne også brukt «old people's home» og «convalescent home». I tillegg brukte jeg ordet «relatives» som synonym for pårørende. Det kan diskuteres om dette har samme betydning ettersom «relatives» i hovedsak betyr slektning. Her kunne andre synonymer vært brukt som «dependents» som muligens kunne gitt flere relevante treff.

Det kunne også vært mer spesifikt å se på en bestemt avdeling, som for eksempel en somatisk avdeling.

Bruk av flere artikler kunne muligens gitt et mer omfattende svar på problemstillingen uten at resultatet nødvendigvis hadde blitt noe annet. Sjekkliste for kvalitativ forskning fra Folkehelseinstituttet (2014) ble benyttet. Alle fem artiklene oppfylte kravene for kvalitativ studie. Viser til aktuell sjekkliste i vedlegg 2.

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk består av to sider. Den første handler om å finne fram til den litteraturen som kan svare på problemstillingen. Dette kalles litteratursøking. Den andre handler om å gjøre rede

for litteraturen som blir brukt i oppgaven. Dette inkluderer en beskrivelse av hvorfor en bestemt type litteratur er valgt og hvordan (Dalland, 2017, s. 152).

Det skal skilles mellom kvalitative og kvantitative metoder. Dalland (2017) skriver at en kvalitativ metode innebærer å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle. En kvantitativ metode innebærer derimot å gi data i form av målbare enheter. Både kvalitativ og kvantitativ metode bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner samhandler (Dalland, 2017, s. 52).

Som nevnt i punkt 3.1, avsnitt to, er det benyttet kvalitative studier i denne oppgaven. En konsekvens av dette kan være at resultatene ikke kan generaliseres uten videre forskning, fordi det var såpass få deltakere med i de ulike undersøkelsene. Likevel kan resultatene gi et viktig innblikk i hvordan ulike sykepleiere og ansatte opptrer, og redusere bruken av tvang. For å være sikker på at artiklene har sin effekt, kan det gjøres større kvantitative studier for å undersøke om resultatene stemmer. I tillegg er artiklene kun basert på intervju. Det kan også stilles spørsmål til hvordan spørsmålene i intervjuene ble stilt. Det ble blant annet brukt ordet tvang, som kan tenkes å påvirke resultatet på grunn av negativt ladde ord.

To av artiklene som er tatt med er skrevet på engelsk. Dette kan medføre utfordringer i form av riktig oversettelse og tolkning. Oppgaven består også av originalkilder og sekundærkilder. Dalland (2017) skriver at resultatene fra sekundærkildene er en oversatt utgave av den originale kilden (Dalland, 2017, s. 162). Det kan være utfordrende å få tak i alle originalkilder. På den ene siden kan bruk av sekundærkilder ses på som negativt fordi de kan være feiltolket. Forfatteren kan ha tolket originalkilden på sin måte. På den andre siden kan bruk av sekundærkilder være lettere å forstå. I oppgaven er det benyttet sekundærkilder hvor det anses som nødvendig og hvor det var vanskelig å få tak i originalkilden.

3.4 Forskningsetikk

Forskningsetikk innebærer at forfattere har ivaretatt personvernet og sikret at de som deltar i en forskning ikke blir påført skade eller belastninger. Personopplysninger inkluderer blant annet navn, fødselsnummer, telefonnummer og gjenkjenning av bilder. I tillegg innebærer det plagiering og rapportering av forskningen. For å sikre at forskningsetikken er ivaretatt innen utdanning og forskning, brukes Norsk senter for forskningsdata (NSD) med Personvernombud for forskning og de Nasjonale forskningsetiske komiteene som referansekilde (Dalland, 2017, s. 236). Alle forskningsartiklene som er med i oppgaven er godkjent av personvernombudet ved Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste og Regionale komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Både pasienter og helsepersonell er anonymisert, skrevet under samtykke og var frivillig med i studiene.

4 RESULTAT

4.1 Sammendrag av hver artikkel

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

I den kvalitative studien av Gjerberg, Hem, Førde & Pedersen (2013) var hensikten å undersøke hvilke typer alternative tiltak som personale i Norge brukte når pasientene nekter omsorg og behandling. I tillegg hvilke forhold personale anser som nødvendige for å lykkes i å redusere bruken av tvang. For å undersøke dette ble det fokuserte på strategier og alternative metoder. Bakgrunnen til studien er den omfattende bruken av tvang på sykehjem, spesielt på personer med demens. Utvalget besto av 11 tverrfaglige fokusgruppeintervjuer fra fem sykehjem i Sør-Norge. Til sammen bidro 60 deltagere og bestod av ulike yrkesgrupper.

Resultatet viste at personalet bruker mye tid på å forhindre bruken av tvang. Dette innebærer å benytte seg av alternative strategier som; informere, kommunisere ved å distrahere pasientene, være bevisst på hvordan en bruker språket, forsøke igjen senere eller overlate oppgaven til annet personal. Studien viste også at det er mangel på personal med kompetanse og kunnskap, spesielt i helgene. Personalet legger vekt på at muligheten for bruk av alternative tiltak blir påvirket av organiseringen av sykehjemmene samt ressursene. En tredjedel av de som jobber med pasientene har ikke tilstrekkelige kvalifikasjoner, og en fjerdedel har ikke høyere utdanning. Utskifting av personal og midlertidige stilinger kan påvirke pasientsikkerheten. Kjennskap til pasientene, pårørende og bakgrunn kan bidra til en bedre forståelse av pasientene. Studien konkluderer med at sykepleiere vet om alternative tiltak for å redusere tvang, men at de ikke kan stå med det alene. Grunnen til dette er at det trengs nok personell på jobb med rett kompetanse innen demensomsorgen.

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

I den kvalitative studien av Garden og Hauge (2012) var hensikten å undersøke hvordan sykepleiere opplever bruken av tvang i hverdagslige situasjoner. Bakgrunnen var å finne ut om sykepleiere har erfaringer med bruk av tvang ettersom tvangsbruk er utbredt på pasienter med demens på sykehjem. Utvalget besto av 8 sykepleiere fra 8 forskjellige kommuner i 3

fylker. Det ble benyttet individuelle dybdeintervju som hadde en gjennomsnittlig varighet på 60 minutter.

Resultatet viste til fem ulike beskrivelser av sykepleierens opplevelser i forbindelse med bruk av tvang. Den første beskrivelse var at sykepleiere hadde opplevelsen av å ikke nå inn til pasientene og at stellesituasjonene var ubehagelige for pasientene. Personalet så derfor ingen annen utvei enn å benytte tvang.

Den andre beskrivelsen var at sykepleiere opplevde å ha skyld i pasientens negative opplevelse. Situasjonen opplevdes som en belastning for sykepleierne fordi de påførte pasientene angst, frykt eller fortvilelse.

Den tredje beskrivelsen var at sykepleiere opplevde pasientene som tapt eller tildekket. Tvang kunne derfor oppstå i situasjoner der sykepleiere ønsket å ivareta pasientenes verdighet og beskytte pasientens respekt. Pasientens beste kunne innebære å benytte seg av rutiner og strukturer for å skape trygghet i hverdagen.

Den fjerde beskrivelsen var at sykepleiere opplevde sinne hos pasientene under omsorgssituasjoner. Tvang ble oftest brukt ved å holde pasientene fast eller føre pasientene til et sted de ikke ville. Under slike forhold ble pasientene ofte aggressive og voldelige.

Den femte beskrivelsen var når sykepleiere opplevde at avdelingens rammer førte til at tvangsbruk i hverdagen fikk mindre betydning. Dette i form av tidsmangel, arbeidspress, kunnskapsmangel og kompetansemangel. Den individuelle omsorgen ble fort påvirket av dette. Økt kunnskap, kompetanse, holdning og evne til å forstå pasienten kunne være avgjørende for å skape frivillige omsorgstiltak. Det kom fram at tvang ble brukt til pasientens beste. Sykepleiere kunne føle seg alene når det var få personell til stede, og med mangel på kunnskap om tiltak som kunne redusere tvangsbruken.

4.1.3 Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang

Hem, Gjerberg, Pedersen & Førde (2011) gjennomførte en kvalitativ studie hvor hensikten var å beskrive situasjoner når omsorg og pleie skal gis til personer med demens som nekter hjelp. Bakgrunnen var tvang mot pasienter med demens i norske sykehjem og studien tok for

seg de ulike situasjonene hvor tvang kan oppstå. Utvalget besto av 11 gruppeintervju fra fem sykehjem i Øst-Norge. Antall deltakere i hver gruppe varierte fra tre til syv, men til sammen bidro 60 deltakere, og disse var i hovedsakelig tverrfaglig sammensatt.

Resultatet viste at personalet kommer borti utfordrende situasjoner med pasienter med demens. Grensen mellom frivillighet og tvang er uklare, og det som ses på som frivillige situasjoner kan fort endres til det motsatte; tvang. Konflikt og uro har sammenheng med måten hjelpen gis på. Bruk av tillitsskapende tiltak kan bidra til å redusere bruken av tvang, og øke viljen til samarbeid. Personalet ønsket ikke å benytte seg av åpenbar tvang, «den vanlige tvangen», men følte de måtte foreta seg noe som kunne gå på tvers av pasientens ønsker. For eksempel førte det ofte til motstand under stell.

Noen ganger måtte personalet prioritere å kun være sammen med pasienten istedenfor å gjennomføre praktiske pleieoppgaver. Bruk av tillitsskapende tiltak kunne bidra til å redusere bruken av tvang.

Eksempel: Skape relasjoner til pasientene, forhandlinger, forklaringer, mobilisering, snakke med vennlighet, bruk av andre ord som for eksempel «spa» enn «spyle», overtale, respekt, tålmodighet, ta pasientens perspektiv, kreativitet og fleksibilitet og være oppmerksom i ulike situasjoner.

Erfaringer fra studien viste at personalet handlet raskt i situasjoner som blant annet ved klipping av negler, men situasjonen kunne fort ende med motstand og hardhendte holdninger. Dette førte ofte til situasjoner med tvang. Og dette blir et problem med tanke på lovverket: tvang kan bare ytes etter at det er fattet et lovlig vedtak.

4.1.4 Coercion in nursing homes: Perspectives of patients and relatives

I denne kvalitative studien av Gjerberg, Lillemoen, Pedersen & Førde (2015) var hensikten å undersøke hvordan pasienter og pårørende opplevde bruken av tvang, og om det fantes ulike måter å redusere bruken av tvang. Perspektivet var på pasienter som bor på sykehjem og deres pårørende. Bakgrunnen med studien var den omfattende bruken av tvang på norske sykehjem, og som representerte etiske, faglige og juridiske utfordringer for de ansatte. Utvalget bestod av 35 pasienter med kognitiv svikt fra 6 forskjellige sykehjem i Sør-Norge og 7 gruppeintervjuer med 60 pårørende.

Resultatet av studien kan deles inn i tre grupper: Første del besto av de som hadde en positiv holdning til bruken av tvang, andre del de som synes det var vanskelig å snakke om bruken av tvang og den tredje de som var negative til bruken av tvang. For at pasientene og pårørende skulle akseptere bruken av tvang, måtte de være sikre på at personalet hadde prøvd ut ulike tiltak. Dette innebærer at personalet bruker god tid og har fleksibilitet.

Pasientene mente at personalet skulle få bestemme og gjøre det som var nødvendig med tanke på deres beste, selv om det måtte brukes tvang mot deres vilje. Årsaken til dette var fordi pasienter med demens ofte har problemer med å vite hva som er det beste for dem. Den andre grunnen var at pasienter med demens mangler en form for forståelse og følgelig aksepterte de bruken av tvang til deres eget beste. Dette innebærer dog å ha personlig tillit og relasjoner til personalet.

Noen pårørende hadde ikke noen anelse om at det ble brukt tvang på deres kjære, mens andre hadde opplevd en eller annen form for tvang. Derimot var de fleste pårørende positive til bruk av tvang under forutsetning at personalet først forsøkte forsiktig pleie. Fungerte det ikke, måtte tvangen utføres på mest skånsom måte. De mente at når personalet så at tvang var nødvendig for pasientens beste, aksepterte de at tvang ble brukt.

4.1.5 Frivillighet og tvang i sykehjem – to sider av samme sak?

Denne kvalitative studien er skrevet av Øye (2015). Hensikten var å undersøke hvordan frivillighet og tvang kan forstås som gjensidig og forenes i demensomsorgen, og ikke bare som motsetninger. Artikkelen tok for seg ulike former for tvang som inkluderte formell og uformell tvang. Bakgrunnen var at omkring 80% av de som bor på sykehjem i Norge har demens. Disse pasientene blir sett på som aggressive, agiterende eller vandrende som igjen kan skape utfordringer for personalet. Det ble utført 42 intervju med personell på fire ulike sykehjem med demenspasienter.

Resultatet viste at personalet tilrettelegger for å redusere tvang. Pasientene fikk blant annet den maten de ønsket, de fikk gå turer så ofte det var anledning, pårørende ble kontaktet og det ble brukt tid i pleiesituasjoner. For å unngå tvang forsøkte personalet å følge lovverket og skape tillitsvekkende tiltak. Men det var ikke alltid mulig for dem å bruke tid, få til samarbeid med pårørende, gi informasjon som gir mening for personene med demens eller tilrettelegge

for trygge omgivelser og situasjoner. Studien viste også at det bør tilrettelegges slik at personalet kurses for å redusere tvang. Dette inkluderte kommunikasjon, samarbeid med pårørende, bruk av tid blant pasientene og tildele frihet. Bevegelsesfrihet i form av sansehager kan gjøre det mulig for personalet å unngå ulike former for formell og uformell tvang som overvåkningsstrategier, press- og lokkemidler, avledningsmanøver, overtalelseteknikker, gi beroligende medisiner skjult, alle for å sikre at pasientene får den nødvendige omsorgen. Å ha kjennskap til hver enkel pasient som personer kalles personsentrert omsorg.

4.2 Oppsummering av hovedfunn

Hovedfunnene i alle fem artiklene er at det blir forsøkt med alternative tiltak for å redusere bruken av tvang. Dette inkluderer økte ressurser, mobilisering, kommunikasjon, samarbeid, kompetanse, kunnskap og kjennskap til pasientene (Garden og Hauge, 2012; Gjerberg et al., 2013; Øye, 2015; Hem et al., 2011; Gjerberg et al., 2015). Det gjennomgående i alle artiklene er at tvang blir sett på som et utfordrende tema blant personalet og at det i perioder kan være vanskelig å nå inn til pasientene fordi de ses på som sårbare og hjelpeløse. Selv om det blir forsøkt med andre tiltak, blir likevel tvang ofte brukt. En ser i flere av artiklene at tvang blir brukt til pasientenes beste for å beskytte og hjelpe dem og gi best mulig omsorg (Garden og Hauge 2012; Øye, 2015; Gjerberg et al., 2015).

Øye (2015) nevner at «luring og lokking» blir sett på som uformell tvang, mens i to av studiene blir «luring og lokking» sett på som tiltak for å redusere bruken av tvang (Gjerberg et al., 2013; Hem et al., 2011). Tre av artiklene tar for seg pårørende som en ressurs. Dette innebærer kjennskapen de har til pasientene og deres bidrag til å redusere uro og angst hos pasienter med demens (Gjerberg et al., 2013; Gjerberg et al., 2015; Øye, 2015).

5 DRØFTING

I drøftingen vil jeg belyse problemstillingen ut i fra ulike faglige perspektiver gjennom relevant teori og forskningsfunn. Jeg vil argumentere der jeg kommer med egne erfaringer og synspunkter. I drøftingen vil jeg ha hovedfokus på bruk av tvang på pasienter med demens, kontekst norsk sykehjem.

5.1 Hvordan kan sykepleiere som jobber på norske sykehjem bidra til å redusere bruken av tvang på pasienter med demens?

Gjerberg et al. (2013) hevder at personalet bruker god tid for å redusere tvang. Øye (2015) underbygger dette, men skriver videre at det ikke alltid er mulig for personalet å gjennomføre alternative tiltak. Garden og Hauge (2012) skriver at dersom sykepleiere har ansvar for mange pasienter samtidig, kan de oppleve et stort press og travelhet. Dette kan føre til manglende tilstedeværelse og oppfølging av hver pasient.

I mitt praksisfelt kan disse problemene ofte observeres. Pasientene får ikke den oppfølgingen de trenger, noe som kommer til syne gjennom redsel og uro. På den ene siden kan det tenkes at tvang kunne vært redusert ved å ha flere på jobb ettersom en da får mer tid til hver enkelt pasient. Slettebø (2008) skriver at tilstrekkelig bemanning på jobb kan gi bedre tid til å utføre oppgaver på riktig måte (Slettebø, 2008, s. 176). På den andre siden viser Gjerberg et al. (2013) at en ikke finner noe i litteraturen som tilsier at økt personale fører til redusert bruk av tvang. Det er med andre ord ikke nok med flere «hender», det trengs hender med kompetanse. Garden og Hauge (2013) mener at det derfor trengs et kompetent personale for å redusere tvang.

Studier viser at kompetanse hos personalet på sykehjem kan redusere tvang (Gjerberg et al., 2013; Garden og Hauge, 2012). Likevel har en tredel av personalet som jobber en-til-en med pasienter med demens ikke tilstrekkelige kvalifikasjoner (Gjerberg et al., 2013). Det kan være utfordrende å jobbe med pasienter med demens dersom en ikke har kompetanse innen dette fagfeltet. Rokstad (2008, s. 43-44) skriver at symptomer på demens innebærer aggresjon, utagering og voldelige hendelser. Studien til Garden og Hauge (2012) påpeker at personale kan reagere tilbake med sinne. I samme studie skriver en sykepleier:

Du blir jo litt speilet av det som er foran deg, det gjør du jo hele tiden! Og selv om du skal være profesjonell og vet at du ikke blir sint og greier å holde det inni deg, så greier du ikke å stoppe det.

Sett i lys av Travelbee sin teori skal sykepleiere gripe inn og forebygge når aggresjonen til pasientene forverres (Kristoffersen, 2012, s. 217). Til tross for at pasienter med demens lever i en hverdag med mangel på kompetanse i sykepleien, har de rett til faglig kompetanse i tjenesten (Johnsen og Smebye, 2008, s. 219). Faglig kompetanse skal sikre at menneskerettighetene blir ivaretatt, at symptomene på sykdommen blir redusert og at pasienter med demens blir sett på som fullverdige mennesker (FN, 2018). Ved å se vekk fra sykdommen og fokusere på den enkeltes liv kan en gjennomføre personsentrert omsorg til pasienten (Rokstad, 2008, s. 70). Dette kan samsvare med Øye (2015) sin studie hvor personsentrert omsorg inkluderer å ha kjennskap til hver enkel pasient som person.

Økt kompetanse om demens gir oftest som resultat bedre kjennskap til sykdom og sykdomsforløp. Dette er sentralt for å kunne forstå og se situasjonen ut fra pasientens perspektiv (Johnsen og Smebye, 2008, s. 219). Fra egen praksis og erfaring er det stor forskjell på pasientenes grad av demens. Jo lengre en har hatt demens, jo mer forvirret og hjelpeløs kan pasienten bli. Rokstad (2008) skriver at det er viktig å ha en forståelse for at forvirring, vrangforestillinger og andre symptomer blir verre med sykdomsutviklingen, noe som kan føre til mer angst (Rokstad, 2008, s. 43). Til tross for dette kan det være viktig å møte pasientene ut fra det utgangspunktet han eller hun har, og ikke behandle alle likt selv om de har sykdommen demens. Dette kan samsvare med Kirkegaard; «Hvis det i sannhet skal lykkes å føre et menneske hen til et bestemt sted, må man først og fremst passe på å finne ham der hvor han er, og begynne der» (Pedersen, 2007). Kitwood skriver at personsentrert sykepleie skal se vekk fra demenssykdommen og heller fokusere på den enkeltes liv og opplevelse (sitert i Rokstad, 2008, s. 70). Ut fra min praksiserfaring kan dette innebære å la en med nyoppdaget demens gjøre sine faste rutiner på egenhånd. Mens en som har hatt demens over lengre tid ofte trenger veiledning og hjelp til personlig stell. Dette samsvarer med Travelbee (2011, s. 217) som hevder at det er viktigere å ta hensyn til pasientens opplevelse av sin situasjon enn å forholde seg til diagnosen (Kristoffersen, 2012, s. 217). Igjen viser egen praksis nettopp dette ved at «Fru Johanson» fort kan bli til «pasient» dersom en ikke ser enkeltmennesket framfor sykdommen.

Økt kompetanse kan gi bedre løsninger som ivaretar pasientenes behov for omsorg. Dette kan være bruk av løsninger som kan forhindre aggresjon hos pasientene (Garden og Hauge, 2012). Det kan tenkes at lavere nivåer av aggresjon kan føre til mindre behov for å benytte tvang. På den ene siden kan det være gunstig at pasientene får se et nytt ansikt dersom de er aggressive (Gjerberg et al., 2013). Til tross for at personalet vanligvis har gode relasjoner til pasientene, kan situasjoner der pasientene er aggressive føre til at slike relasjoner forsvinner midlertidig. På den andre siden har praksiserfaring vist at et nytt ansikt derimot kan medføre økt aggresjon og utagering. Gjerberg et al. (2013) skriver videre at mye utbytting av personell, midlertidige stillinger og bruk av ufaglærte kan påvirke pasientsikkerheten og øke bruken av tvang.

Det kan også være viktig at sykepleiere har kunnskap om aktuelt lovverk som omhandler tvang. Studier viser at kunnskapsmangel omkring lovverket kan være en årsak til at det benyttes tvang (Gjerberg et al., 2013; Garden og Hauge, 2012). Kunnskap om gjeldende lover kan bidra til at sykepleiere reduserer bruken av tvang (Hem et al., 2011; Øye, 2015). Som sykepleier har en plikt til å vite hva den norske loven om tvang innebærer (Rokstad, 2008, s. 79). Fra § 4-1 i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), hovedregel om samtykke, kommer det fram at en først skal vurdere om pasienten har samtykkekompetanse. Ingen av studiene skriver noe om samtykke, men Garden og Hauge (2012) skriver at personalet forsøker å oppnå en godkjenning fra pasienten før de gjør noe. Videre skriver de at dersom pasientene likevel ga motstand, kunne det føre til at personalet måtte benytte seg av tvang.

I min praksis har det blitt erfart at stell som regel blir utført uten noen form for samtykke fra pasientene. Dette inkluderer blant annet å ta opp sengehest uten samtykke som er nevnt under punkt 1.1. Til tross for dette, kan det være nødvendig med økt kunnskap slik at personalet kan bidra med å redusere denne type tvang. Det kan være nyttig å ha kjennskap til hvordan en skal gå fram dersom pasienten yter motstand. § 4A-3 i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) sier at tillitsskapende tiltak må være forsøkt før en kan yte helsehjelp som pasienten motsetter seg. Studiene viser at personalet benytter seg av tillitsskapende tiltak i form av mobilisering, informasjon, stell som ikke behøver å skje her-og-nå, distraksjon og at pasientene selv kommer med ønsker (Gjerberg et al. 2013; Garden og Hauge, 2012; Hem et al., 2011; Gjerberg et al., 2015; Øye, 2015). Sett fra Travelbee sin side innebærer tillit å ha troen på at andre vil hjelpe når det trengs (Kristoffersen, 2012, s. 217). Til tross for dette, skriver Garden og Hauge (2012) at en ikke når inn til pasienten slik en ønsker med bruk av tillitsskapende tiltak, noe som fører til at en må benytte seg av tvang. I følge Pasient- og

brukerrettighetsloven § 4A-4 kan en benytte seg av formell tvang dersom tillitsskapende tiltak ikke har effekt.

Den formelle tvangen blir regulert av lovverket, mens den uformelle blir sett på som «lokking og luring» (Øye, 2015). Det blir ofte brukt alternative tiltak før tvang, som å distrahere pasientene, prøve igjen senere, overlate oppgavene til andre, overtale og forhandle (Gjerberg et al., 2013; Hem et al., 2011). Derimot blir det ikke gitt uttrykk for at dette er former for tvang. Ut fra Øye (2016) sine beskrivelser av uformell tvang, kan en derimot si at slike alternative tiltak går inn under denne kategorien. Mine observasjoner fra praksis underbygger slik bruk av alternative tiltak, i form av uformell tvang. Dette er i samsvar med at sykepleiere begrunner sin bruk av alternative tiltak med «slik har vi alltid gjort det her» og ser vekk fra hva det norske lovverket tilsier om bruk av tvang.

Slike utsagn kan føre til dårlig kultur på arbeidsplassen hvor tvang kan bli akseptert eller ignorert. På den ene siden skal sykepleiere si fra om hva som er rett og galt i henhold til lovverket (NSF, 2016). På den andre siden kan dette føre til at etiske dilemma oppstår blant personalet, fordi det blir uenigheter om hva som er riktig og hva som er galt (Slettebø, 2012, s. 43). I mitt praksisfelt er det observert at gjennom felles refleksjon rundt slike oppståtte etiske dilemmaer, har en klart å finne ut hvordan en skal gå fram for å løse opp i situasjoner. Studien til Gjerberg et al. (2015) påpeker at noen av de pårørende ikke hadde anelse at det ble brukt tvang på deres kjære. Dersom det blir besluttet at det er nødvendig å bruke en form for tvang for å løse situasjoner, har en ifølge § 3-3 i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) plikt til å informere pårørende om dette. Det kan være viktig at også pårørende har kjennskap til lovverket slik at de kan ha en forståelse for hvorfor tvang benyttes eller ikke. I min praksis er det opplevd pårørende som ikke forstår hvorfor tvang ble brukt, eller hva det egentlig innebærer. For eksempel kan pårørende reagere på at deres kjære benytter seg av samme klesplagg hver dag. Ut fra dette er det opplevd pårørende som ikke vet at som personal er det ikke lov å tvinge en pasient til å skifte klær. Som sykepleier risikerer en å bli dratt mellom pårørendes mening, lovverket og pasientens ønske. Slettebø (2012, s. 44) skriver at slike situasjoner kan utvikle seg til et etisk dilemma.

For å kunne redusere bruken av tvang, kan det tenkes at samarbeid med pårørende er gunstig. Pårørende har som oftest god kjennskap til pasienten, og akkurat det kan bidra til en bedre forståelse rundt pasientens liv (Gjerberg et al., 2013). Hem et al. (2011) påpeker at uro kan

oppstå dersom måten hjelpen blir gjennomført på, ikke tilsvarer pasientens vaner. Når dette er situasjonen kan tvang lett komme til syne. Her vises til eksempel fra punkt 1.1 om sykepleieren som gjemte sobril tablettene i maten. Smebye (2008) skriver at å ha informasjon om pasientenes fortid og vaner kan hjelpe personalet til å møte dem på den «linjen» de står (Smebye, 2008, s. 234). På denne måten kan pasientens opplevelse av angst og uro fort utbli. Igjen viser egen praksiserfaring at pårørende kan være en viktig ressurs når det gjelder å få informasjon om pasientens vaner. Pårørende har mest kjennskap til pasientenes livshistorie. Dette inkluderer inkomstsamtaler og oppfølgingssamtaler for å få tak i slik informasjon. Eksempel på dette kan være informasjon om en pasient som liker å stille seg på en bestemt måte eller på ubestemt tid av døgnet. Kunnskap om dette kan gjøre det mulig å endre rutiner i samsvar med hva pasienten foretrekker, og muligens redusere bruken av tvang. På den ene siden nevner to av studiene at fleksibilitet kan være nødvendig for å sikre pasientens helse og velvære (Gjerberg et al., 2015; Hem et al., 2011). På den andre siden kan rutiner være med å skape trygghet for pasientene (Garden og Hauge, 2012). Faste rutiner kan skape forutsigbarhet og reduserer usikkerhet rundt når, hvor og hva som skal skje. Derimot kan bruk av rutiner bli negativt oppfattet hvis pleien fører til at sykepleiere slutter å vurdere enkelt behov og ikke tar hensyn til den enkeltes behov og ønsker (Hauge, 2008, s. 230). Travelbee påpeker at omgivelsene rundt er en viktig del for pasienten og skriver at pårørende har en betydning for den syke (Kristoffersen, 2012, s. 216).

Kjennskap til pasientens historie og familie kan være et utgangspunkt for gode samtaler. Kommunikasjon hos pasienter med demens kan være utfordrende med tanke på nedsatt hukommelse (Rokstad, 2008, s. 39). Sykepleiere trenger å bruke både verbal og nonverbal kommunikasjon for å kommunisere med disse pasientene. Måten personalet uttrykker seg på kan ha en betydning for hvordan pasienter med demens oppfatter og tolker personalet. Rokstad (2014) skriver at som sykepleier må en være oppmerksom på hvordan en uttrykker seg. Dette innebærer også hvordan sykepleiere uttrykker seg nonverbalt. Dette kan inkludere noe så lite som et smil som kan gi et mer avslappet forhold (Rokstad, 2014, s. 41). Fra egen praksiserfaring kan en forstå bedre hva pasientene ønsker å formidle ved å være oppmerksom på hva pasientene uttrykker med sin nonverbale kommunikasjon. For eksempel inkluderer dette rolige bevegelser hvor pasientene kan bli mindre stresset og føle seg mer avslappet. Dette kan ha sammenheng med Travelbee sin teori som forteller at kommunikasjon er vårt viktigste verktøy (Kristoffersen, 2012, s. 221). Travelbee legger også vekt på den verbale og nonverbale kommunikasjonen på lik linje som Rokstad (2014, s. 41).

Studien til Gjerberg et al. (2013) legger vekt på hvordan personalet kan redusere bruken av tvang ved bruk av god kommunikasjon. Ut fra praksiserfaring kan dette innebære å «distrahere» pasientene ved å prate om noe som ikke foregår på selve stedet de befinner seg i. Å prate om været eller andre ting som foregår rundt omgivelsene er et eksempel på distraksjon. To av studiene påpeker dette; å prate om andre ting for å få tankene til pasientene på noe annet (Gjerberg et al., 2013; Hem et al., 2011). Ordene personalet bruker skal være så enkle og direkte som mulig (Rokstad, 2014, s. 41). Det kan også føre til at arbeidspresset blir redusert fordi pasientene kan gjøre det personalet ønsker.

Et annet tiltak innenfor verbal kommunikasjon kan være bevisstgjøring på hvordan en benytter språket (Gjerberg et al., 2013). Ut fra praksiserfaring innebærer dette å redusere antall muligheter. For eksempel kan en sykepleier spørre pasientene «vil du ha denne buksen?» istedenfor «hvilken bukse vil du ha?». En negativ side kan være at pasientene får mindre valgmuligheter. Parallelt med Travelbee (2012, s. 217) kan færre valgmuligheter gi mindre opplevelse av frihet og selvstendighet. Sett i lys av Øye (2015) sin studie hvor hun skriver: «når friheten tildeles, når rommene utvides og valgene fremlegges, muliggjøres også bruken av tvang» kan med dette være en forklaring at frihet også kan føre til tvang. Som sykepleier kan en informere istedenfor å spørre (Gjerberg et al., 2013). Fra praksiserfaring kan dette innebære å si til en pasient «du skal dusje i dag» istedenfor å si «vil du dusje i dag?». På bakgrunn av teorien av Øye (2016, s. 153) om uformell tvang, kan dette diskuteres om det egentlig er en form for uformell tvang. Slettebø (2012) skriver at det fort kan føre til et etisk dilemma ved konflikt mellom pasientens autonomi og sykepleierens profesjonelle plikt til å yte helsehjelp (Slettebø, 2012, s. 43). På den ene siden bruker sykepleiere muligens tvang dersom de bare informerer, på den andre siden står pasienten i fare for å ikke få tilstrekkelig hjelp og omsorg.

Samtaler med pasientene er ofte viktige for å forstå og se mennesket istedenfor sykdommen. Dette kan ses i sammenheng med Travelbee der kommunikasjon gir mulighet til å bli kjent med pasientene som person (Kristoffersen, 2011, s. 221). Ofte kan samtaler med pasientene innebære å bli lyttet til og forstått. På den ene siden kan en god samtale redusere angst og løse problemer (Rokstad, 2014, s. 38-39). Dette kan skape trygghet som igjen kan føre til mindre bruk av tvang. På den andre siden kan behovet for en god samtale nedprioriteres på grunn av lite personell på jobb (Hem et al., 2011).

Til tross for dette kan det tenkes at god kommunikasjon er viktig. Dette hevder Gjerberg et al. (2015) i sin studie. Kommunikasjon skaper relasjoner som igjen skaper tillit som ofte baserer seg på relasjoner. Dette kan medføre tillit fra pasientene og pårørende. Hem et al. (2011) skriver at stell ofte er intimt og kan medføre motstand. I samsvar med Garden og Hauge (2012) skriver de at stellesituasjoner kan oppleves ubehagelige for pasientene, skape fryktreaksjoner og at pasientene kjemper mot hjelpen fra sykepleierne. Hem et al. (2011) påpeker at ved bruk av riktig kommunikasjon kan en benytte seg av andre ord som «spa» istedenfor «spyling». Dette kan gi mer glede og trygghet til pasientene og dermed føre til at en sykepleier kan redusere bruken av tvang. Derimot er det ikke alltid nok personell på jobb som kan gi god nok tid til pasientene (Gjerberg et al., 2013; Garden og Hauge, 2012). Dette er det skrevet om tidligere.

Kognitiv svikt er ofte redusert hos pasienter med demens (Rokstad, 2008, s. 41). Ut fra praksiserfaring kan kommunikasjonen til pasienter med demens være utfordrende. Å tilpasse kommunikasjonen kan gi en bedre mulighet til å forstå pasientene. Dette kan ses i sammenheng med Garden og Hauge (2012) sin studie hvor de nettopp skriver om sykepleiernes «opplevelsen av å ikke nå og ikke forstå pasienten». Samme studie nevner vanskeligheten for sykepleiere til å bli forstått av pasientene. Min praksiserfaring viser en utfordrende side ved dette, og som formidles så treffende i studien til Garden og Hauge (2012):

Til tross for at sykepleierne forsøkte å forklare hensikten ved tiltaket så tydelig som mulig, opplevde de å ikke nå inn til pasienten, slik at pasienten ikke aksepterte handlingen som skulle gjennomføres. De så da ingen andre alternativer enn å benytte tvang.

Travelbee påpeker at det ikke finnes fasitsvar på hvordan sykepleiere kan skape gode relasjoner ved hjelp av kommunikasjon, men ved hjelp av ulike teknikker for kommunikasjon kan en kontinuerlig utvikle kompetanse. Dette inkluderer forskjellen på det som er sykepleiernes behov og pasientens behov når de kommuniserer sammen. Videre mener Travelbee at relasjonen og kontakten som oppstår mellom sykepleier og pasient skal være avgjørende for hvordan situasjonen videre utvikler seg (Kristoffersen, 2012, s. 221). Parallelt med dette skriver Garden og Hauge (2012) i sin studie at ved å tilpasse kommunikasjonen,

kan en sykepleier gis en bedre mulighet til å forstå pasientene, og med dette redusere bruken av tvang.

6 KONKLUSJON

I bacheloroppgaven har jeg ønsket å finne ut hvordan sykepleiere kan bidra til å redusere bruken av tvang på pasienter med demens. Gjennom litteratur og studier ser vi at det trengs økt bemanning med høyere kompetanse og kunnskap for å redusere tvang. Økt bemanning fører implisitt til at lovverket blir overholdt, og at kommunikasjonen og den personsentrerte omsorgen til pasienter med demens blir ivaretatt. Både formell og uformell tvang kan føre til negative konsekvenser for pasientene. Det kan være vanskelig å skille mellom hva som er frivillig sykepleie og hva som defineres som tvang. Mange handlinger er ofte i grenselandet, som for eksempel «luring og lokking», altså den uformelle tvangen. Kanskje er uformell tvang nødvendig for å redusere formell tvang?

Resultatene i studiene viser at bruk av tillitsskapende tiltak blir forsøkt før en benytter seg av tvang. Dette inkluderer blant annet distraksjon, kommunikasjon og fleksibilitet. I møtet med pasienter med demens kan en sykepleier havne i etiske dilemmaer. Dette inkluderer også møtet med pårørende. Rokstad (2014) skriver at en sykepleier må bruke sine faglige kommunikasjonsferdigheter i møtet med pasienter og pårørende for å skape gode relasjoner (Rokstad, 2014, s. 38).

I mitt arbeide med denne bacheloroppgaven har jeg fått økt kunnskap og lærdom om bruken av tvang, og hvordan en sykepleier kan bidra til å redusere det. Men hvor utfordrende kan det være å gjennomføre det alene? Som framtidig sykepleier vil jeg tro at det vil bli en utfordrende oppgave å bære hele ansvaret alene i arbeidet med å redusere bruken av tvang. Forhold må legges til rette for konstruktivt samarbeid med ledelse og kollegaer. Det blir viktig med kompetanse blant personalet slik at en ikke står alene med utfordringene. Mitt ønske er å dele kunnskapen om lovverket, forskjellen på formell og uformell tvang og tillitsskapende tiltak.

7 REFERANSELISTE

- Bakke, P. (2011, 25. mai). *Flere tusen demente utsettes for ulovlig tvang*. Hentet fra <https://www.tv2.no/a/3502839>
- Berentsen, V. D. (2008). *Demensboka: Lærebok for pleie- og omsorgspersonell*. Tønsberg: Aldring og helse Forlaget.
- Berentsen, V. D. (2008). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold (Red.), K. Brodtkorb (Red.), & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (1. utg., s. 350-382). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bertelsen, A. K. (2015). Sykdommer i nervesystemet. I Ørn, S., Mjell, J., & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (1 utg., s. 313-336). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brodtkorb, K. (2008). Stellet – mulighetens arena. I M. Kirkevold (Red.), K. Brodtkorb (Red.), & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (1. utg., s. 148-156). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- FN. (2018, 4. januar). FNs verdenserklæring om menneskerettigheter. Hentet 28. mars 2018 fra <https://www.fn.no/Om-FN/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklæring-om-menneskerettigheter>
- Folkehelseinstituttet. (2014, 4. oktober). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 8. mars fra <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Garden, M., & Hauge, S. (2012). Kampen for pasientens beste – sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens. *Nordic Journal Of Nursing Research & Clinical Studies / Vård I Norden*, 32(4), 18-22
- Gjerberg, E., Hem, M. H., Førde, R., & Pedersen, R. (2013). How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 20(6), 632-644. doi: 10.1177/0969733012473012
- Gjerberg, E., Lillemoen, L., Pedersen, R., & Førde, R. (2015). Coercion in nursing homes: Perspectives of patients and relatives. *Nurs Ethics*. 2016 May;23(3):253-64. doi: 10.1177/0969733014564907

- Hauge, S. (2008). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold (Red.), K. Brodtkorb (Red.), & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (1. utg., s. 219-236). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hem, M. H., Gjerberg, E., Pedersen, R., & Førde, R. (2011). Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang. *Sykepleien Forskning 2010*, 5(4) (294-301). doi: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0007>
- Høgskolen på Vestlandet. (u.å). *Søk etter fagressurser*. Hentet 20. mars 2018 fra <https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/?filters=Sjukepleie>
- Johnsen, L., & Smebye, K.L. (2008). Bruk av tvang i demensomsorgen. I Rokstad, A.M.M, & K.L. Smebye (Red.), *Møte og samhandling* (1. utg., s. 207-231). Oslo: Akribe AS.
- Kirkevold, M. (2008). Individuell sykepleie. I M. Kirkevold (Red.), K. Brodtkorb (Red.), & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (1. utg., s. 100-112). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Klem, A. (2013, 11. juli). *Helsepersonell er usikre på grensen for tvangsbruk*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/norge/i/rAp00/Helsepersonell-er-usikre-pa-grensene-for-tvangsbruk>
- Kristoffersen, N. J. (2012). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F og E.A Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1 – sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s. 207-280). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Norsk sykepleierforbund. (23. mai, 2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie*. Hentet 28. mars 2018 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pedersen, R. (2007, 18. januar). *Kierkegaard og kunsten å hjelpe*. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2007/01/medisin-og-kunst/kierkegaard-og-kunsten-hjelpe>
- Rokstad, A. M. M. (2008). Forståelse som grunnlag for samhandling. I Rokstad, A.M.M, & K.L. Smebye (Red.), *Møte og samhandling* (1. utg., s. 60-86). Oslo: Akribe AS.

- Rokstad, A. M. M. (2008). Hva er demens? I Rokstad, A.M.M, & K.L. Smebye (Red.), *Møte og samhandling* (1. utg., s. 27-45). Oslo: Akribe AS.
- Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Slettebø, Å. (2012). Etiske dilemmaer. I B.S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleie* (3. utg., s. 42-54). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Slettebø, Å. (2008). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I M. Kirkevold (Red.), K. Brodtkorb (Red.), & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (1. utg., s. 169-179). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Smebye, K. L. (2008). Samarbeid med pårørende. I Rokstad, A.M.M, & K.L. Smebye (Red.), *Møte og samhandling* (1. utg., s. 232-256). Oslo: Akribe AS.
- Sobril. (2017). I *Felleskatalogen*. Hentet fra <https://www.felleskatalogen.no/medisin/sobril-pfizer-563995>
- Øye, C. (2015). Frivillighet og tvang i sykehjem – to sider av samme sak? *Michael Quarterly*, 2015;12(2)167-79
- Øye, C. (2016). Er det mulig at undgå tvang på plejehjem? En diskusjon om tvang og menneskerettigheter på plejehjem; I: S Glasdam, J., Westenholz, Jørgensen & A-M. Erdal (eds.), *Det nære sundhedsvæsen*, København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, Kap. 14, s. 152-160.

8 VEDLEGG

8.1 Vedlegg 1 - Resultattabell

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat
Gjerberg, E., Hem. H. M., Førde, R. & Pedersen, R. (2013) <i>«How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study»</i>	Hensikten er å undersøke hvilke typer alternative tiltak personale i Norge bruker når pasientene nekter omsorg og behandling. Dette med fokus på strategier og alternative metoder.	Dette er en kvalitativ studie. Det ble gjennomført tverrfaglig gruppeintervju der det ble tatt lydopptak.	Det deltok til sammen 60 deltakere og studien ble gjennomført på fem sykehjem i Sør-Norge. Deltakerne var sykepleiere, hjelpepleiere og ufaglærte.	Resultatet viste at personalet brukte mye tid på å forhindre bruken av tvang. Dette ved å benytte seg av alternative strategier. Studien viste også at det er mangel på kompetanse og kunnskap blant personalet som påvirket organiseringen av sykehjemmene.

<p>Garden, M-H. & Hauge, S. (2012)</p> <p><i>«Kampen for pasientens beste – sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens»</i></p>	<p>Hensikten er å undersøke hvordan sykepleiere opplever bruken av tvang mot pasienter med demens.</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie. Det ble gjennomført individuelle dybdeintervju som ble tatt opp på lydbånd.</p>	<p>Det deltok 8 sykepleiere fra 8 forskjellige kommuner i 3 fylker i Norge. Deltakerne var sykepleiere med erfaring fra demensomsorgen.</p>	<p>Resultatet viste at sykepleiere:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ikke nådde inn til pasientene. 2) Opplevde å ha skyld i pasientens negative opplevelse. 3) Opplevde pasientene som tapt eller tildekket. 4) Opplevde sinne hos pasientene under omsorgssituasjoner. 5) Opplevde at avdelingens rammer fikk negativ betydning for tvangsbruk i hverdagen.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Hem, H.M., Gjerberg, E., Pedersen, R., & Førde, R. (2011)</p> <p><i>«Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang»</i></p>	<p>Hensikten er å undersøke situasjoner når omsorg og pleie skal gis til personer med demens som nekter hjelp.</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie. Det ble gjennomført gruppeintervju med et tverrfaglig team.</p>	<p>Det deltok fra tre til syv deltakere i hver gruppe, og til sammen var det 60 deltakere fra fem sykehjem i Øst-Norge.</p>	<p>Resultatet viste at grensen mellom frivillighet og tvang er uklare, og det som ses på som frivillige situasjoner kan fort endres til det motsatte; tvang. Personalet ønsket ikke å benytte seg av åpenbar tvang, men følte de måtte foreta seg noe som kunne gå på tvers av pasientens ønsker.</p>
<p>Gjerberg, E., Lillemoen, L., Pedersen, R., & Førde, R. (2015)</p> <p><i>«Coercion in nursing homes: Perspectives of patients and relatives»</i></p>	<p>Hensikten er å undersøke hvordan pasienter og pårørende opplever bruken av tvang, og om det finnes ulike måter å redusere bruken av tvang på.</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie. Det ble gjennomført et gruppeintervju.</p>	<p>Det deltok 35 pasienter med kognitiv svikt og 60 pårørende fra seks forskjellige sykehjem i Sør-Norge.</p>	<p>Resultatet viste at de fleste pasientene og pårørende var positive til bruk av tvang. Men for at de skulle akseptere dette, måtte de være sikre på at personalet hadde benyttet seg av ulike tiltak.</p>

<p>Øye, C. (2015)</p> <p><i>«Frivillighet og tvang i sykehjem- to sider av samme sak?»</i></p>	<p>Hensikten er å undersøke hvordan frivillighet og tvang kan forstås som gjensidige i demensomsorgen , og ikke bare som motsetninger. Dette ved bruk av ulike former som inkluderer formell og uformell tvang.</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie. Det ble gjennomført formelle og uformelle intervjuer i tillegg til observasjoner.</p>	<p>Det ble foretatt 42 intervju med personalet, i tillegg til 52 feltdager på fire ulike sykehjem i Norge.</p>	<p>Resultatet viste at personalet tilrettelegger for å redusere tvang. Dette ved å følge lovverket og skape tillitsvekkende tiltak for å sikre god omsorg. For eksempel kan bruk av sansehager og lignende sikre bevegelsesfrihet blant pasientene.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

8.2 Vedlegg 2 - Sjekkliste for kvalitativ studie

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell

Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i min praksis?

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. www.casp-uk.net

INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p>1. Er formålet med studien klart formulert?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det oppgitt en problemstilling for studien? 	<p>Ja</p> <p>O</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>
<p>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser? 	<p>Ja</p> <p>O</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet? 	<p>Ja</p> <p>O</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>
	Kommentar:		
<p>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p><i>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)? • Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? • Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)? 	<p>Ja</p> <p>O</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>
	Kommentar:		
<p>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p><i>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er metoden som ble valgt god for å belyse 	<p>Ja</p> <p>O</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>
	Kommentar:		

<p><i>problemstillingen?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. • Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)? • Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet? 	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p><i>TIPS:</i> En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.). • Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)? • Er motstridende data tatt med i analysen? • Ser du en klar sammenheng mellom innsamlende data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til? 	<p>Ja <input type="radio"/></p> <p>Uklart <input type="radio"/></p> <p>Nei <input type="radio"/></p> <p>Kommentar:</p>
<p>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p><i>TIPS:</i> Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? • Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? 	<p>Ja <input type="radio"/></p> <p>Uklart <input type="radio"/></p> <p>Nei <input type="radio"/></p> <p>Kommentar:</p>
<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</p> <p><i>TIPS:</i> Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<p>Ja <input type="radio"/></p> <p>Uklart <input type="radio"/></p> <p>Nei <input type="radio"/></p> <p>Kommentar:</p>

<p>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene? 			
<p>9. Er etiske forhold vurdert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? • Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite? 	<p>Ja</p> <p>O</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>
	<p>Kommentar:</p>		

HVA ER RESULTATENE?

<p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kan du oppsummere hovedfunnene? • Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien? 	<p>Ja</p> <p>O</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>
	<p>Kommentar:</p>		

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p>TIPS:</p> <p>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i? • Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse? 	<p>Kommentar:</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------