



Bachelorgradsoppgave

Bruk av tvang overfor mennesker med demens

The use of coercion towards people with dementia

Hvordan kan sykepleiere gjennom omsorg forebygge bruk av tvang overfor mennesker med demens?

How can nurses, through nursing care, prevent the use of coercion towards persons with dementia?

Martin Elstad Myrenget

[SPU 110]

Bachelorgradsoppgave i [Sykepleie]

[Avdeling for helsefag]
Høgskolen i Nord-Trøndelag - [2014]



HINT

Abstrakt

Introduksjon: Hjelpebehovet for eldre forventes å øke de kommende år på grunn av moderne medisin, bedre levekår og befolkningsvekst. Mellom 30 % til 50 % av pasienter med demens som mottar helsehjelp i sykehjem blir utsatt for et tvangstiltak i uken. Hvordan kan sykepleier igjennom omsorg forebygge bruk av tvang overfor mennesker med demens? **Hensikt:** Oppgavens hensikt har vært å belyse og diskutere bruk av tvang overfor personer med demens, samt hvordan bruk av tvang kan forebygges, basert på forskning med fokus på sykepleiere og annet helsepersonell sine erfaringer og holdninger til dette temaet. **Metode:** Allmenn litteraturstudie. **Resultat:** Innsikt i pasientenes livshistorier og refleksjon i personalgrupper bidro til at helsepersonell så hele mennesket og ikke bare demenssykdommen. Det kom fram at ved økt fokus på refleksjon og veiledning ville personalet bedre takle vanskelige situasjoner og kunne oppdage alternative håndteringsstrategier. **Diskusjon:** Oppgavens diskusjonsdel viste at også annen faglitteratur støtter mye av de samme funnene som framkom i forskningsartiklene. Å se hele mennesket; ikke bare sykdommen, var av sentral betydning for å gi god omsorg. **Konklusjon:** Sykepleiere bør innhente bakgrunnsinformasjon om pasientens livshistorie og tidligere interesser og fokusere på veiledning og refleksjon. Dette fremmer god kommunikasjon og personsentrert omsorg.

Nøkkelord: Dementia, restraint, coercion, personal autonomy, litteraturstudie

Innholdsfortegnelse

1. Introduksjon	1
1.1 Bakgrunn for oppgavens tema	1
1.2 Et sykepleieperspektiv	1
1.3 Litt om sykehjem og hjemmetjenester for eldre.....	2
1.4 Hva er demens?	2
1.5 Om tvang og bruk av tvang.....	3
1.6 Begrepene omsorg og personsentrert omsorg	4
1.7 Etske forhold i demensomsorgen.....	4
2. Metode.....	5
2.1 Litteraturstudie	5
2.2 Søkestrategi	5
2.3 Inklusjon og eksklusjonskriterier	7
2.4 Tekstanalyse	7
2.5 Etske overveielser	8
3. Resultat	9
3.1 De etisk vanskelige sidene med å utøve tvang	9
3.1.1 Skyldfølelse og samvittighet.....	10
3.2 Erfaringsutveksling, veiledning og refleksjon hos personalet	11
3.2.1 Kunnskap erfaring og holdninger	11
3.3 Individuell, personsentrert omsorg	12
3.4 Alternativ til bruk av tvang	13
4. Diskusjon	15
4.1 De etisk vanskelige sidene med å utøve tvang	15
4.2 Erfaringsutveksling, veiledning og refleksjon hos personalet	17
4.2.1 Erfaring og kunnskap om utagering og aggresjon.....	19
4.3 Individuell, personsentrert omsorg	20
4.3.1 Dialog, tilrettelegging og delaktighet	20
4.4 Alternativ til bruk av tvang	21
4.4.1 Medikamentell behandling og overvåkning.....	21
4.5 Diskusjon om metodens styrker og svakheter.....	23
5. Konklusjon	24

Referanser

Vedlegg: tabell over inkluderte artikler

ANTALL ORD:9719

1. Introduksjon

Tema for denne bacheloroppgaven i sykepleie er bruk av tvang innen hjelpetilbudet overfor pasienter med demens. Fokus vil være på forholdet mellom bruk av tvang og det å gi nødvendig helsehjelp, og på helsepersonells erfaringer og holdninger til slike spørsmål.

Oppgavens hensikt er å belyse bruken av tvang overfor pasienter med demens som mottar helsehjelp. Spørsmål om hvilke tiltak som kan bidra til å redusere bruk av tvang vil også være sentralt. Den valgte problemstillingen er derfor: *Hvordan kan sykepleiere gjennom omsorg forebygge bruk av tvang overfor pasienter med demens?*

Innledningsvis i dette kapitlet gjøres det rede for bakgrunnen for valg av oppgavens tema og for et sykepleieperspektiv. Sykehjem og hjemmetjenester, som er sentrale hjelpetilbud for pasienter med demens, blir også kort omtalt. Deretter blir sentrale begrep for oppgavens tema definert og utdypet. Disse blir drøftet mot relevant forskning og teori videre i oppgaven.

1.1 Bakgrunn for oppgavens tema

Grunnet moderne medisinsk behandling, bedre levekår og sterk befolkningsvekst forventes behovet for helsetjenester å øke; spesielt innen sykehjem og hjemmetjenester til eldre. Det har vært et stort fokus på overgrep og bruk av tvang i sykehjem de siste årene. Forskning har vist at nesten 37 % av pasienter med demens i somatiske avdelinger og 45 % av denne pasientgruppen i skjermede enheter på sykehjem var utsatt for minst ett tvangstiltak i løpet av en uke, dette til tross for at bruk av tvang er forbudt, med mindre det benyttes nødrett eller tvangsvedtak (Malmedal 1999; 2013). Temaet er også aktuelt når det gjelder andre helsetjenester, siden mange med demens mottar hjelp i hjemmet. I følge Helsedirektoratet (2011) er det ca. 71000 personer med demens i Norge og antallet forventes å være doblet ved år 2040. Med begrensede ressurser når det gjelder økonomi og bemanning, vil en videre fagutvikling innen hjelpetilbudet til pasienter med demens være nødvendig (Malmedal 2013).

1.2 Et sykepleieperspektiv

Som vi har sett er demens utbredt og det kan bli problematisk for helsevesenet å dekke et økt behov for pleie og omsorg overfor denne pasientgruppen. Personer med demens opplever tap av kognitive funksjoner, noe som ofte både fører til redusert tilpasningsdyktighet og mestringsfølelse (Furesund m.fl. 2007, s. 19). Kognitiv svikt innebærer svikt i rasjonell, logisk tenkning. Noen kan derfor motsette seg daglige gjøremål som er nødvendige for å forhindre helseskade (Fetherstonhaugh, Tarzia & Nay

2013). Oppgavens tema er aktuelt for utøvelsen av sykepleie overfor pasienter med demens. Relevansen begrunnes også i Norsk sykepleierforbunds etiske retningslinjer, som sier følgende:

«Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert» (Norsk Sykepleierforbund 2011: 7).

Omsorg som er individuell med fokus på å se hele mennesket er blitt beskrevet som «personsentret omsorg» (Kirkevold 2010; Kitwood 1999). Disse begrepene vil bli videre utdypet i dette kapitlet.

1.3 Litt om sykehjem og hjemmetjenester for eldre

Kommunene har siden 1988 hatt ansvar for sykehjemmene. Sykehjemsplasser benyttes i hovedsak for personer med et helhetlig behov for pleie og omsorg, og fungerer som et hjem, mer enn en aktiv behandlingsinstitusjon (Malmedal 2013). Hjemmetjenester er også en sentral del av omsorgskjeden for personer med demens, og tjenester som for eksempel hjemmesykepleie, trygghetsalarm og hjemmehjelp tildeles som individuelle enkeltvedtak. Ansatte i hjemmetjenestene har rapportert at det er vanskelig å gi individuell hjelp og ivareta kontinuitet i hjelpetilbudene (Witsø 2007).

1.4 Hva er demens?

Demens er et samlebegrep for flere sykdommer som rammer viktige områder i hjernen; som styrer hva vi husker, tenker, føler og hvordan vi handler. Ordet demens kommer fra latin og betyr å være «borte fra sitt sinn». Demens innebærer tap av mental funksjon, men enhver annen sykdom eller skade i hjernen vil også kunne gi forandringer i disse funksjonene. Demens er altså ikke en sykdom, men et syndrom som omfatter flere symptomer og tegn som opptrer sammen (Gjerstad m.fl 2013). I ICD-10; det internasjonale klassifikasjonssystemet over sykdommer, defineres demens som følger:

«Demens er et syndrom som skyldes sykdom i hjernen, vanligvis av kronisk og progressiv natur, med forstyrrelse av flere høyere kortikale funksjoner som hukommelse, tankeevne, orienteringsevne, forståelse, regneferdighet, læreevne, språk og dømmekraft. Bevissthetsnivået er ikke redusert. Svekkelser av kognitive funksjoner blir vanligvis ledsaget av, men kan også etterfølge, svekkelser av følelsesmessig kontroll, sosial atferd og motivasjon. Dette syndromet inntreffer ved Alzheimers sykdom, cerebrovaskulære sykdommer og andre tilstander som primært eller sekundært påvirker hjernen» (Gjerstad m.fl 2013: 23).

1.5 Om tvang og bruk av tvang

I følge Nakahira m. fl (2008) er klinisk praksis overfor pasienter med demens fortsatt i stor grad styrt av biomedisinske modeller, der tiltak som bruk av medikamenter og bruk av tvang ofte blir brukt. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens (2001) undersøkte studier av bruk av tvang, og fant at årsakene som oftest ble angitt var: å forhindre fall, agitert atferd, alternativ behandling, manglende tilbud og institusjonens ansvar. De definerer tvang slik (ibid, 2001, s. 12):

«Tvang er bruk av redskap som hindrer pasientens bevegelsesfrihet eller tilgang til egen kropp, fysisk holding ved undersøkelse og behandling og i forbindelse med omsorgstiltak, overvåkning med elektroniske redskaper og tilsetning av medisiner i mat og drikke – som utøves daglig eller av og til.»

I følge Lov om pasientrettigheter kap. 4A (Helsedirektoratet 2008) skal pasienters valg respekteres dersom de motsetter seg helsehjelp. Dette gjelder også når pasienten er apatisk, forvirret eller har en demensdiagnose, og selv om pårørende samtykker til at hjelpen skal gis mot pasientens vilje. Unntak fra denne lovbestemmelsen er dersom det er behov for livreddende behandling eller tiltak for å hindre betydelig helseskade. I slike situasjoner skal helsehjelp gis uten pasientens samtykke. Dette unntaket kan være spesielt aktuelt i forhold til behandling, pleie og omsorg overfor psykisk utviklingshemmede og sterkt demente (Molven 2010). Pasientens rett til faglig forsvarlig helsehjelp er grunnnet i pasientrettighetsloven. Samtidig forpliktes helsepersonell, gjennom Helsepersonell-loven, til å utføre sitt arbeid i samsvar med de kravene til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som forventes ut ifra deres kvalifikasjoner og situasjonen forøvrig (Molven 2010).

Når helsepersonell bruker tvang mot pasienter med demens, selv om det begrunnes i hensynet til pasientens liv og helse, skjer det alltid i et makt- og avmakts-perspektiv. Martinsen (2003, s. 14) beskriver makt og avhengighetsforhold mellom svake og sterke grupper som følger:

«Det er i de kollektive livsformer, eller i de samfunnsskapte handlingsmuligheter, at noen blir mer svak enn de andre både i forhold til posisjoner og ytringsrett, og til innflytelsesfordeling i samfunnet. Det er i disse sammenhenger at maktforhold etableres og kan binde og svekke individer og grupper. Enkelte blir mindre i stand til selv å definere problemer og behov enn andre. Dette er også grunnen til at svake grupper har moralsk berettiget krav på støtte.»

1.6 Begrepene omsorg og personsentrert omsorg

Omsorgsbegrepet er beskrevet som et dagligdags begrep for det å hjelpe, ta hånd om eller å handle for andre: «*Omsorg har med nestekjærlighet å gjøre, å handle mot andre som vi vil at andre skal handle mot oss. Det er å bryte egosentrisiteten, å gå utover seg selv* (Martinsen 2003, s. 14). Omsorg knyttes til et kollektivt menneskesyn, hvor vår avhengighet av hverandre ikke nødvendigvis står i motsetning til selvhjulpenhet. God situasjonsforståelse, som innebærer å ha innsikt i menneskers livssituasjon og å se muligheter og begrensninger i den aktuelle situasjonen, er sentralt innen omsorg. Dette for å kunne balansere mellom formynderi, der hjelperen overtar ansvaret for den hjelpetrengende, og respekten for menneskets selvbestemmelsesrett (Martinsen 2003).

Begrepet *personsentrert omsorg* ble introdusert av Tom Kitwood og Kathleen Bredin i deres arbeid med demente. Personsentrert omsorg henter flere ideer fra psykoterapeutisk arbeid, som det å ha fokus på autentisk kontakt og på menneskelige heller enn medisinske løsninger. Kitwood (1999) bruker begrepet «*experience*», for å beskrive både tidligere erfaring og opplevelse i nåtid. Et viktig punkt er at et menneske med demens kan ha sterke positive eller negative følelser i forhold til en situasjon, selv om situasjonen har blitt glemt. Innsikt i pasientens opplevelse av sykdom er sentralt for tjenesteyterne, derfor bør ikke pasientens personlighet og biografi oversees (Kitwood 1999).

1.7 Etske forhold i demensomsorgen

Pasienter med demens er i en sårbar situasjon, hvor de kan være mistenksomme og oppleve manglende kontroll over sin egen situasjon. Dette kan føre til at de motsetter seg hjelp som kan være nødvendig for å opprettholde liv og helse. Et vanlig konfliktområde i omsorgen for demente er situasjoner med stell og pleie. Pleiere kan ofte føle at de er i en situasjon der grensen mellom tvang og frivillighet føles svært uklar (Hem m.fl. 2010). En konflikt mellom forbilledlige handlinger som hensynet til pasientens autonomi, verdighet og helse kan sees som verdispørsmål (Martinsen 2003).

2.0 Metode

Metoden er redskapet vi bruker for å fremskaffe og etterprøve kunnskap om det tema som skal undersøkes. Metode kan forklares som fremgangsmåten i retning av et mål og forskerens oppgave er å beskrive og redegjøre for valgene som er gjort for å nå dette målet. Etske overveielser og hva som er økonomisk eller tidsmessig realistisk har også betydning for valg av metode (Dalland 2012).

2.1 Litteraturstudie

Denne studien er en allmenn litteraturstudie, hvor man søker opp, beskriver og analyserer publisert forskning på et område av interesse. En gjennomgang av tidligere forskning viser hvilke resultater forskere har kommet fram til og er en metode for å innhente data som grunnlag for ny forskning. Slike studier kan ha betydning for klinisk praksis ved å bidra med kunnskap om hva som fungerer best, eller om det finnes vitenskapelig støtte for en type behandling (Forsberg & Wengström 2013). Å kunne vise til forskningsbasert kunnskap kan gi tyngde til en egen studie, enten funnene sier det samme og gjør en konklusjon mer overbevisende, eller motsatt: der resultatene er forskjellige, noe som viser at det trengs ytterligere forskning på området (Polit & Beck 2010). Det svenske Statens beredning för medicinsk utvärdering har vurdert flere kriterier som nødvendige i en systematisk litteraturstudie og et utdrag av disse beskrives slik av Forsberg & Wengstöm (2013, s.27)

1. *Klart formulerade frågeställningar*
2. *Tydligt beskrivna kriterier och metoder för sökning och urval av artiklar*
3. *Alla relevanta studier är inkluderade*
4. *Studierna är kvalitetsbedömda*
5. *Svaga studier har uteslutits*
6. *Metaanalys används för att väga samman resultat från flera små studier*

Artiklene brukt i denne studien er hovedsakelig kvalitative, med fokus på holdninger, følelser og opplevelser, heller enn kvantitativ forskning som tar for seg statistikk og målbare enheter (Dalland 2012). Valget er bevisst, siden holdninger, følelser og opplevelser er sentralt i oppgaven.

2.2 Søkestrategi

Forskningsdatabasene som ble benyttet i denne oppgaven var Medline, Pubmed og Cinahl. Disse er anerkjente søkemotorer for å finne forskning innen sykepleie, medisin og andre helsefag, og har effektive og konkrete søkemotorer der det er oversiktlig å fylle inn de søkeordene som er mest aktuelle for tema og problemstilling. Jeg har gjort et manuelt søk i flere utgaver av det norske

vitenskapelige tidsskriftet Sykepleien forskning, som utgis i samarbeid med Norsk sykepleieforbunds fagtidsskrift Sykepleien. Manuelt søk ble også gjort i pensumlitteratur ved Sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Nord-Trøndelag. I søket i databasene ble en kombinasjon av søkeordene *dementia*, *personal autonomy*, *nursing homes* og *restraint* brukt. Ved bruk av søkeordene *nursing homes* og *restraint* ble det i Medline funnet 3 artikler som ble inkludert i oppgaven, ellers var det flere artikler som hadde et annet fokus, perspektiv eller var utilgjengelige i full tekst. På bakgrunn av dette ble søkeordene *dementia* og *personal autonomy* brukt, og i dette søket ble det inkludert 4 artikler som var aktuelle for problemstillingen. I databasen Cinahl ble søkeordene *nursing homes*, *restraint*, og *dementia* kombinert, og 3 artiklene ble funnet tilfredsstillende for oppgavens problemstilling. I tillegg til funnene nevnt ovenfor, ble det inkludert 4 artikler basert på et manuelt søk i Sykepleien forskning med søkeordet tvang. Søket i Sykepleien forskning baserte seg på bachelorforfatters opplevelser og veiledning fra en praksisperiode ved en alders-psykiatrisk avdeling.

Tabell 1: Artikkelsøk

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Medline	2008-2014 Full Text Abstract	Dementia (And) Personal Autonomy	453	150	35	15	4
Medline	2008-2014 Full Text Abstract	Nursing Homes (And) Restraint	415	120	30	10	3
Cinahl	2008-2014 Full Text Abstract	Nursing Homes (And) Restraint (And) Dementia	24	24	15	6	3
Manuelt søk i Sykepleien Forskning	2008-2014 Full tekst	Tvang	25	15	6		4

Utvalg 1: Lest artikkelens tittel

Utvalg 2: Lest artikkelens abstrakt

Utvalg 3: Leste artikler

Utvalg 4: Inkluderte artikler

2.3 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Fokus i denne studien var bruk av tvang mot demente i sykehjem, og å studere og belyse hva fag- og forskningslitteraturen på området viser om mulighetene for å kunne forebygge bruk av tvang. Med bakgrunn i at helsepersonells opplevelser, følelser og holdninger ved bruk av tvang virket sentralt for å besvare problemstillingen, var utvalget av artikler og faglitteratur i hovedsak kvalitative og fra et sykepleieperspektiv. Noen artikler hadde et tverrfaglig perspektiv. Siden bruk av tvang mot demente forekommer på en tverrfaglig arena, var det naturlig å inkludere noen relevante artikler som også inkluderte annet helsepersonell. Flere av artiklene inkluderte alle fokuspunktene: *Sykehjem, demens og bruk av tvang og sykepleieperspektiv*, men enkelte av artiklene hadde også fokus på utagering eller etisk vanskelige situasjoner. Disse studiene ble inkludert da dette ble vurdert som å kunne være både årsak til eller resultat av bruk av tvang (Nakahira m.fl 2008). De inkluderte artiklene var fra 2008 til skrivende stund, og alle var tilgjengelige i fulltekst med abstrakt og på norsk, svensk, dansk eller engelsk språk. Ekskluderingskriteriene var artikler før 2008, kvantitative studier, studier fra sykehus, samt artikler med annet språk enn norsk, svensk, dansk eller engelsk.

2.4 Tekstanalyse

Analyse har som funksjon å trekke ut sentrale punkter fra materialet, eller hva materialet forteller oss (Dalland 2012). I analysen bestemmes det hvordan innhentet data skal bearbeides og analyseres, og i kvalitativ forskning vil dette kunne være å beskrive, forklare, forstå og tolke materialet, og i analysen vil forskeren klassifisere data for å identifisere mønster og tema som kan understøtte eller beskrive spesifikke fenomen (Forsberg & Wengstöm 2013). Analyse handler også om å belyse sammenhengen mellom tekst og kontekst, og analysen kan på denne måten synliggjøre sammenhenger mellom sosiale, historiske, kulturelle og politiske ytringer og språkbruk, og hvordan dette påvirker betydning og mening som skapes også på individnivå. En innholdsanalyse kan også defineres som en systematisk reduksjon av tekst til et sett med temaer der intensiteten eller hyppigheten av aktuelle fenomen blir fanget opp (Lindgren 2011, s.268). Funn i artiklene i denne oppgaven er her satt i tabell 2 for å vise overordnede tema. Resultatene er delt opp i meningsenheter og sortert etter likheter, ulikheter og kategorier.

Tabell 2: Eksempel på tekstanalyse

Meningsenheter	Subkategori	Kategori
<p>Bruk av tvang føles vanskelig for pleiere, der hvor både pasientens verdighet og sikkerhet står i spill. Økt kunnskap og refleksjoner blant pleiepersonell reduserte bruk av tvang og økte pleiernes mestringsfølelse i vanskelige situasjoner. Alternative strategier til håndtering av tvang overfor individuelle pasienter ble funnet når pleiere mottok veiledning og delte erfaringer og refleksjoner med hverandre.</p>	<p>Systematisk arbeid med refleksjon, dokumentasjon, erfaringsutveksling og veiledning ga pleiere muligheten til å bedre takle vanskelige situasjoner og redusere bruk av tvang. En balanse mellom pasientens verdighet og integritet eller autonomi står sentralt i å gi individualisert omsorg.</p>	<p>Kompetanseutvikling som sentralt i å gi helhetlig, individualisert omsorg og redusere bruk av tvang mot demente i sykehjem.</p>

2.5 Ethiske overveielser

I etiske overveielser av inkluderte studier vil viktige punkt være å velge studier som er vurdert av en etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskning, og å presentere alle resultater selv om de ikke støtter hypotesen (Forsberg & Wengström 2013). I oppgaven er det lagt vekt på etter beste evne å gi en sannferdig presentasjon av andres forskning. Andre etiske overveielser bør være om informert samtykke er innhentet fra intervjuobjekt, om persondata er anonymisert og om rettighetene til de som medvirker kan bli berørt av studien (Dalland 2012). Ikke alle artiklene inkludert i denne oppgaven viser tydelig om de har blitt vurdert av etisk komité, men de som ikke viste dette opplyste om informert samtykke av objektene, eller ble vurdert til å ha anonymisert tilstrekkelig persondata til å inkluderes. Flere av artiklene er oversatt, tolket fra engelsk av bachelorforfatter, og kilder og litteratur er henvist til i APA/Harvard stil i løpende tekst og litteraturliste.

3. Resultat

I dette kapitlet presenteres resultatet av litteraturstudien basert på analysen av de artiklene som ble inkludert. Resultatene vil deretter bli diskutert i kapittel 4.

3.1 De etisk vanskelige sidene ved å utøve tvang

I en kvalitativ studie undersøkte Bollig m. fl (2009) hvordan leger og sykepleiere opplevde etiske utfordringer i kommunehelsetjenesten. Undersøkelsen viste at av 19 informanter, så oppga 12 at de opplevde etiske utfordringer som en stor belastning i hverdagen. Etiske utfordringer knyttet til ressursmangel, livets slutt, kommunikasjon og informert samtykke ble hyppigst nevnt. Ansatte på ulike nivå viste motivasjon for- og ønsket hjelp til å mestre etiske utfordringer bedre, men systematisk etikkarbeid viste seg å være mer utbredt på sykehus enn i kommunehelsetjenester som sykehjem og hjemmetjenester (Bollig m.fl 2009). Flere sykepleiere følte at tvang var et tema det både kunne være vanskelig å snakke om og å handle etter i praksis. Flere studier viste at å balansere mellom pasientens verdighet og nødvendig helsehjelp var en årsak til usikkerhet og frustrasjon hos sykepleiere ved avdelingene (Garden & Hauge 2012; Zwijsen m.fl 2011).

Jakobsen og Sørli (2010) fant at «pasientens beste» som intensjon ofte var årsak til bruk av tvang, men det var ofte uklart hva pasientens beste var. Sykepleierne i studien hadde ulike meninger om pasienter med demens og dette kunne føre til uenighet og konflikt på avdelingene. Helsepersonell som arbeidet med demente ved sykehjem opplevde det som svært vanskelig å ha blitt opplært til å respektere pasientens autonomi, individuelle bakgrunn og verdighet, for senere å måtte handle imot disse prinsippene når pasienten trengte men motsatte seg nødvendig helsehjelp. Flere pleiere reagerte sterkt på å bli beordret til å utføre tvang og etisk vanskelige oppgaver, og mente at dette over lengre tid kunne føre til sykmeldinger (Jakobsen & Sørli 2010). Gården og Hauge (2012) fant at noen sykepleiere kunne oppleve pasientens kognitive svikt som et tap av den opprinnelige personen og at pasientenes beste i dette tilfellet ville være å ivareta deres verdighet ved å sørge for at de så nystelte ut og med rene klær. Andre sykepleiere i studien følte at pasientens personlighet kun var tildekket av den kognitive svikten, og disse hadde større fokus på psykisk velvære og pasientens følelsesmessige opplevelse av omsorgshandlingene. I en studie fra Nederland fant Zwijsen m. fl (2011) at flere sykepleiere så på selve intensjonen som viktig for å definere og rettferdiggjøre bruk av tvang, og det var flere som ikke nødvendigvis anså overvåkning som bruk av tvang. Studien viste også at under 50 % av sykepleierne mente at lydovervåkning var et tvangstiltak, 20 % svarte at GPS, trykksensor i seng og i dør var et tvangstiltak og 50 % svarte at databrikker i klær som kontrollerte

låsing av dører var et tvangstiltak. I en finsk studie (Saarnio og Isola 2010) ble avdelingsleder sett på som ansvarlig for å organisere og opprettholde åpne diskusjoner om bruk av tvang, da flere pleiere følte at det var vanskelig å diskutere bruk av tvang med flere kolleger, fordi de ble oppfattet som svært kritiske når de diskuterte dette temaet.

3.1.1 Skyldfølelse og samvittighet

I studien av Jakobsen og Sørli (2010) opplevde sykepleierne det som negativt at pasientene ofte reagerte sterkt og med tydelige fryktreaksjoner og motstand mot helsehjelpen personalet utøvde. Å bevare pasientens autonomi var et prinsipp som sto sterkt hos flere pleiere ved sykehjem, men når en oppgave krevde at de satte pasientens autonomi til side og utøvde en form for tvang tæret det på samvittigheten deres (Jakobsen & Sørli 2010). En annen norsk studie viste at pleiere som utøvde bruk av tvang kunne oppleve skyldfølelse i etterkant. En sykepleier som ble intervjuet i studien sa følgende angående stell av en dement pasient: «*At hun sikkert opplevde å kanskje bli voldtatt, jeg vet ikke. Hun opplevde det så... så dramatisk*» (Garden & Hauge 2012). Samme studie viste at i flere situasjoner var et flertall av pleierne for at gjennomføringen av tvangen skulle gå fortere og mer skånsomt; som en nødvendig respons for å håndtere en akutt eller utfordrende situasjon. I slike situasjoner følte noen sykepleiere at personalet som var i flertall var i en sterk fysisk maktposisjon og at dette ble en sterk kontrast til pasientens sårbarhet (Garden & Hauge 2012). Jakobsen og Sørli fant i sin studie at i situasjoner der pleierne utøvde ikke-optimal pleie, som for eksempel ved bruk av tvang, kunne de sitte igjen med skyldfølelse og dårlig samvittighet selv om faktorer de ikke kunne påvirke ofte var årsaken. I slike situasjoner påpekte pleierne at evnen og muligheten til å reflektere i etterkant var svært viktige for å kunne bearbeide situasjonen. Ved økt kunnskap, tid til rådighet og en tradisjon ved avdelingen for å reflektere over de etiske aspektene ved pleie, var de bedre rustet til å håndtere vanskelige situasjoner i etterkant (Jakobsen & Sørli 2010).

Jakobsen og Sørli (2010) fant også at sykepleierne ofte opplevde at pasientene reagerte sterkt på låste dører, sengehest og andre eksempler på at de ble berøvet friheten sin. De beskrev at de ofte fant pasienter ventende utenfor en låst dør. Dette var frustrerende, ikke bare fordi pasientene ikke fikk beveget seg nok, men mest fordi de ikke hadde ressurser nok til å følge med dem ut, eller å ivareta pasienten etter de hadde låst opp døren. Bruk av sengehest var et omdiskutert tema, og flere av informantene følte at dette ofte var et unødvendig tiltak. Ved noen avdelinger var bruk av sengehest ren rutine som sjelden ble diskutert. Ulike syn på frihetsberøvelse, som låste dører og sengehest kunne føre til etiske dilemma blant personalet (Jakobsen & Sørli 2010).

3.2 Erfaringsutveksling, veiledning og refleksjon hos personalet

Saarnio og Isola (2010) fant at sykepleiere ofte sto alene i situasjoner der det ble brukt tvang. De opplevde ofte at de måtte ta avgjørelser som var etisk vanskelige og de kunne selv ha skyldfølelse eller være engstelige i etterkant. Sykepleierne pekte på at diskusjon og refleksjon på arbeidsplass og i fagfeltet angående bruk og kartlegging av tvang var noe de ønsket. Tidligere studier hadde også vist at deltakelse i forum for refleksjon om bruk og kartlegging av tvang, reduserte bruk av tvang som rutine. Å ta del i slike diskusjoner med kollegaer, pårørende eller veiledere bidro også til at pleiere var mer motiverte til å prøve alternative fremgangsmåter og strategier (Saarnio og Isola 2010). Forventninger til egen mestring kunne ha betydning for hvordan ulike situasjoner ble taklet, og kunne dermed påvirke strategier og motivasjon i forhold til ulike arbeidsoppgaver. I følge Hansen og Ytrehus (2011) påvirker dette hvor mye energi man bruker på å takle en bestemt arbeidsoppgave. Ved å opprettholde åpen diskusjon og refleksjon mellom pasienten, leger, sykepleiere og pårørende kunne bruk av tvang gå ned, i følge studien av Saarnio & Isola (2010). Uformelle diskusjoner, veiledning og refleksjonsgrupper med kolleger ble av informanter i en studie ansett som en av de viktigste måtene de taklet etiske utfordringer i kommunehelsetjenesten på (Bollig m.fl 2009).

Hansen og Ytrehus (2011) fant at flere pleiere opplevde at veiledning under stell, eller bruk av Marte meo-veiledning der en situasjon ble filmet, kunne bidra til økt mestringsfølelse. Informantene hadde ofte opplevd at utagering fra pasienter kom brått og uventet. Dette kunne bli en stressende, uheldig situasjon. Når pleierne fikk veiledning og mulighet til å reflektere i ettertid fikk de et bedre overblikk over situasjonen, og kunne se signaler fra pasienten som de ikke hadde merket under stellet. På denne måten kunne de tilrettelegge i ettertid for et bedre resultat. Flere følte også at dette ga dem et mer realistisk forhold til mulighetene under stellet og alternativer for å takle liknende situasjoner. Under veiledning merket de at de la mer vekt på samhandlingen med pasienten, og flere kjente det som en positiv mestringsfølelse å kunne takle en vanskelig situasjon uten å øke graden av motstand hos pasienten. Flere mente at å se film av et stell eller en vanskelig situasjon i etterkant var et svært tydelig og effektivt virkemiddel i veiledningssammenheng (Hansen & Ytrehus 2011).

3.2.1 Kunnskap, erfaring og holdninger

Pleiere som arbeidet med utagerende pasienter med demens hadde ulike meninger om hvordan man skulle møte utagering. En studie (Nakahira m.fl 2008) viste at personalets holdninger til aggresjon og utagering hos demente hadde en sammenheng med klinisk erfaring og utdanning. De som hadde kortere utdanning og lite erfaring viste i høyere grad negative holdninger til utagerende og aggressive pasienter og rapporterte hyppigere om bruk av medisinsk og fysisk tvang. Både

Duxbury m. fl (2013) og Nakahira m. f. (2008) fant at holdningene og kunnskapen til personalet i forhold til utagering og aggresjon hos demente kunne påvirkes igjennom utdanning, opplæring og erfaring. Økt kunnskap om hvordan utagering hos demente kunne være et uttrykk for et behov, frustrasjon eller være en slags kommunikasjon kunne bidra til at pleierne forsøke å forstå pasienten bedre og tilrettelegge eller oppfylle pasientens ønsker eller behov. Dette ville kunne redusere utagerende atferd, og bruk av tvang som et resultat av dette. I følge studien av Nakahira m. fl (2008) ble også dokumentering og kommunikasjonsferdigheter sett på som nødvendige tiltak for å redusere utagerende atferd, og institusjoner som arbeider med demente pasienter burde fokusere på dette. Alternative strategier for å håndtere utagerende atferd burde være dokumentert i arbeidsplassens retningslinjer angående bruk av tvang. Videre viste studien at pleiere med negative holdninger til utagerende demente pasienter kunne påvirkes til å benytte alternative fremgangsmåter igjennom veiledning eller prosedyrer og retningslinjer på arbeidsplassen. For arbeidsplassen kunne det å utvikle et miljø der støtte, refleksjon og dokumentasjon av hendelser ble prioritert når pleiere hadde arbeidet i vanskelige situasjoner, positivt påvirke pleiernes holdninger (Nakahira m.fl 2008). En annen studie (Bollig m. fl 2009) viste at 18 av 19 informanter som arbeidet som sykepleiere eller leger i kommunehelsetjenesten ønsket en ansatt med etikk-kompetanse og en egen etikkkomité ved arbeidsplassen. Samtlige informanter mente det var viktig å sette av tid og ressurser til systematisk etikkarbeid, og flere beskrev hvordan kompetanseheving i etikk krevde diskusjon i grupper.

3.3 Individuell, personsentrert omsorg

Identitetspåminnelser (Identity Cues) som bruk av ordtak, bilder og historier som er kjente for den demente pasienten ble mye brukt i hverdagen på et sykehjem som ble studert (Vézina m. fl 2011). Påminnelsene kunne være et objekt som en symaskin, gyngestol eller en aktivitet som å re opp sengen eller spille bingo. Ved bruk av slike påminnelser kunne personalet få bedre kontakt med pasienten og de kunne få pasienten til å samhandle med seg selv eller andre i omgivelsene. Identitetspåminnelsene ble også bruk i situasjoner der pasienten reagerte negativt, som under et ubehagelig stell, eller om pasientene ikke ville stå opp av sengen. Et eksempel var at en dement eldre dame ble svært lei seg når datteren ringte og sa hun ikke kunne komme på besøk. Pleierne brukte da ofte å spørre henne om datteren og hva de brukte å gjøre sammen. Pårørende var svært viktige ressurser for å innhente kunnskap og informasjon om pasienten. På denne måten fikk pleierne tilrettelagt omgivelsene og styrket positive reaksjoner og sin relasjon med pasienten. Ved kunnskap og informasjon innhentet fra pårørende, kunne de sette pasienten i en situasjon der hun kunne gjøre valg som samsvarte med sine egne interesser (Vézina m. fl 2011).

I følge Smebye m. fl (2012) kunne situasjoner misforstås dersom pleiere ikke hadde hatt en åpen dialog med den demente pasienten. Studien viste at pleierne noen ganger hadde lagt omgivelsene til rette for valg som både de og pårørende forventet at pasienten ville ta, men som ikke stemte med pasientens ønsker. Valgene pleierne tok var på feil premisser og ble ofte i pleiernes eller pårørendes interesser heller en pasientens egne interesser. Det ble også funnet at den demente pasienten tok valg som ikke var i sin interesse, for å la være å bry andre med sine problemer eller fordi pasienten ikke var klar over sine muligheter for tilrettelegging fra personalet sin side (Smebye m.fl 2012). Samarbeidet mellom pleieren og pasienten, og viktigheten av at pleieren minnet pasienten om sine muligheter i en gitt situasjon ble lagt vekt på i flere av studiene i denne oppgaven. Samarbeidet mellom pleier og pasient var bedre med forhandlinger, forståelse og respekt, og når personalet forsikret seg om at pasienten hadde forstått gitt informasjon (Hem m.fl 2010; Smebye m.fl 2012). I studien til Smebye m. fl (2012) fortalte pleierne at informasjonsutvekslingen var svært krevende og at de opplevde å måtte balansere mellom å gi mye informasjon, men ikke overvelde pasienten.

Smebye m. fl (2012) fant også at situasjoner som var vanskeligst for de demente pasientene å forstå, ofte var i forhold til nye konsepter og ideer, som for eksempel hvordan det var mulig å betale med et kredittkort. Graden av pasientens deltakelse hang i stor grad sammen med hvor ofte han/hun ble satt i en posisjon til å ta avgjørelser. Et skifte fra standardiserte tester og målinger for å se i hvor stor grad pasienten kan delta i avgjørelser til et fokus på å tilrettelegge for at den demente pasienten skal kunne ta egne avgjørelser i praksis, ville kunne hatt positiv effekt på pasientens selvbestemmelse (Smebye m.fl 2012). Resultatet viste at dersom personalet fokuserte på å bygge relasjoner med pasientene, kunne pasientene få økt delaktighet og kontroll. Om personalet hadde åpen dialog med pasienten, kunne de forklare og forhandle med pasienten og slik kunne situasjoner bevege seg mer mot frivillighet og deltakelse enn bruk av tvang (Hem m.fl 2010).

3.4 Alternativ til bruk av tvang

Sykepleiere og pårørende var i en studie (Duxbury m.fl 2013) enige om at en mellommenneskelig fremgangsmåte heller enn bruk av fysisk eller medisinsk tvang var best i møtet med utagerende atferd. Pleierne sa i et intervju at det var viktig å ikke bli sint eller tydelig frustrert selv om pasienten oppførte seg utagerende, og påpekte betydningen av å prøve å se situasjonen gjennom pasientens øyne. Flere av pleierne og pårørende var enige i at det var viktig ikke å dømme pasienten for sin atferd, og å vite at det engang kunne være de selv som var i samme situasjon. Både pleiere og pårørende mente at en kontrollerende tilnærming med bruk av medisinsk eller fysisk tvang sjelden burde bli brukt hos pasienter med utagerende atferd. Beroligende medikamenter kunne bli brukt

sparsomt for å hjelpe opprørte pasienter til å roe seg ned, men aldri for å «dope ned» pasienten. En eldre sykepleier oppsummerte at i møte med voldelig utagering så ville det å utøve fysisk tvang mot pasienten bare gjøre ting verre og at fokus burde ligge på kommunikasjon. Utagerende, voldelig atferd sett i sammenheng med demenssykdom ble av pleierne sett på som et uttrykk for behov eller at pasienten følte seg truet. I slike situasjoner var det i møtet med pasienten svært viktig å forholde seg rolig og bruke strategier som kunne forhindre at konflikten eskalerte (Duxbury m.fl 2013).

En studie av Monette m. fl (2008) viste at kurs om bruk av antipsykotiske legemidler hos demente med utagerende atferd kunne bidra til å redusere dosene som ble gitt av slike medikamenter og at kunnskapsutvikling og klare retningslinjer kunne bidra til at personalet så hvilke pasienter som tålte reduksjon i dose. Studien viste ingen reduksjon i bruk av tvang over en periode på 6 måneder. En studie ved sykehjem for demente (Zwijssen m.fl 2011) undersøkte hvorvidt overvåkingsteknologi kunne være et alternativ til tvang, men dette ble av flere grunner ikke sett på som en fullverdig erstatning til tradisjonelle metoder. Flere pleiere mente at det å ha kontinuerlig overvåking av pasienten var uetisk, siden det førte til mangel på privatliv hos pasienten også i situasjoner hvor overvåking ikke var nødvendig. Et annet punkt som ble påpekt var at pleierne kunne få en opplevelse av at de hadde kontroll på pasientene, og dermed bruke mindre tid på kommunikasjon og aktiviteter med pasientene. Pleierne stolte heller ikke helt på teknologien, som etter deres erfaring ved flere anledninger hadde sviktet ved mangelfull rapportering eller alarmfeil. Det ble også funnet at bruk av overvåkingsteknologi ikke forhindret fall, det garanterte ikke for rask hjelp, teknologien virket ikke alltid, og teknologien gikk utover pasientens privatliv.

Positive funn i studien var særlig økt pasientsikkerhet og muligheter for å gi pasientene mer frihet (Zwijssen m.fl 2012). Sykepleierne så potensialet som denne teknologien hadde i forhold til omsorgsarbeid med demente både for å gi demente personer mer frihet og økt sikkerhet. Sikkerhet var en av de mest positive sidene med overvåkingsteknologien. Å ha en sensor ved sengen for å se om pasienten var på vei ut av sengen, eller i døren for å få alarm om pasienten var på vei ut av rommet kunne forhindre skader. Teknologien ble sett på som ufullstendig og for usikker til å overta for tradisjonelle tiltak som å låse dører eller bruke sengehest, men som et positivt supplement til slike tiltak. En forbedring kunne gjøre overvåkingsteknologi til et mer aktuelt og fullverdig tiltak. Utdanning og veiledning om de negative sidene med bruk av tvang ville i tillegg være nødvendig for å øke interesse og motivasjon for å finne alternativer til tradisjonell tvangsbruk. I en annen studie (Landau m. fl 2010) satte pleiere autonomi over sikkerhet, mens pårørende foretrakk sikkerhet.

4. Diskusjon

Hensikten med denne litteraturstudien har vært å belyse bruk av tvang overfor pasienter med demens som mottar helsehjelp. Fokus har også vært på tilnærminger og tiltak som kan bidra til å forebygge bruk av tvang. Som oppgavens resultatdel viser kan sykepleiere og annet helsepersonell synes det er vanskelig å diskutere bruk av tvang med kolleger fordi det kan bli oppfattet som kritikk av andre (Saarnio og Isola 2010). Flere studier viser derimot til hvordan åpen diskusjon, refleksjon, erfaringsutveksling, veiledning og systematisk etikkarbeid ved arbeidsplassen kan være nødvendig for å gi pleierne et bredere utvalg av strategier for å takle vanskelig situasjoner. Dette ville kunne hjelpe helsepersonell til å takle vanskelig situasjoner i ettertid, og sammen med økt fokus på de negative sidene med bruk av tvang så ville motivasjon og interesse for å finne alternativer i fremtidige situasjoner kunne øke. (Duxbury m.fl 2013; Nakahira m.fl 2008; Zwijsen m.fl 2012). Helsepersonell knytter ofte pasientenes verdighet til det å være rene og nystelte og dette kan være en av grunnene til at nettopp situasjoner med stell og pleie er et vanlig konfliktområde innen omsorgen for demente. Et eksempel er at en sykepleier kan føle hun må overtale en pasient til morgenstell, men samtidig oppleve at pasienten er svært fornøyd i etterkant (Hem m. fl 2010).

Martinsen (2003: s. 51) forklarer i dette sitatet hvordan handlinger pleiepersonell utfører grunner i den enkeltes forutsetninger, kunnskap og forbilder og hvordan hensynet til de svake står sentralt i å handle moralsk ansvarlig:

«Skjønn er ikke subjektivt, men en vurdering vi foretar ut fra vår fortrolighet med hva som ansees som forbilledlige handlinger. Vi kan komme til moralsk stridende skjønn ut fra ulike forbilder. I den moralske diskusjon kan det være konflikt om verdier. Foretar vi moralske skjønn ut fra en situasjonsforståelse hvor hensynet til de svake er utgangspunktet, vil vi handle moralsk ansvarlig.»

4.1 De etisk vanskelige sidene ved å utøve tvang

Resultatet av litteraturstudien viste at bruk av tvang var et vanskelig tema på flere sykehjem, og det var et tema som skapte mye usikkerhet og frustrasjon hos pleierne. Spesielt verdispørsmål der pasientens verdighet, integritet og selvbestemmelse sto på spill, kunne være en utløser for uenighet og konflikt på sykehjem (Zwijsen m.fl 2011; Garden & Hauge 2012). Dette til tross for at nettopp retningslinjer, diskusjon og enighet blant pleiere kunne positivt påvirke håndtering av utagerende atferd og holdninger i forhold til bruk av tvang (Nakahira m.fl 2008). Pleiere uttalte at de ofte sto i en situasjon der grensene mellom frivillighet og tvang føltet svært uklare (Hem m. fl 2010). Pleiere i

arbeid med demente pasienter var i stor grad enige om at intensjonen ved bruk av tvang var at det var for pasientens beste, men akkurat hva som var det beste for pasientens i en situasjon var ofte uklart. Pleierne følte også at flere av handlingene de gjorde overfor mange pasienter stred imot det de hadde lært under utdanning eller veiledning, noe som ble spesielt tydelig når en situasjon tilsa at pasienten trengte men motsatte seg hjelp (Jakobsen & Sørli 2010). Kari Martinsen (2003) viser til viktigheten av situasjonsforståelse og innsikt i pasientens situasjon som nødvendig for å klare å balansere mellom formynderi, der ansvar og avgjørelser tas for den hjelpetrengende og det å respektere pasientens autonomi og selvbestemmelsesrett. Å handle moralsk riktig i konflikt av verdier krever innsikt og situasjonsforståelse med hensyn til den svakerestilte (Martinsen 2003). I følge Kitwood (1999) kan personer med demens ha sterke negative eller positive følelser til en situasjon i etterkant, uansett om selve situasjonen er glemt. Resultatet av denne studien viser at også pleiere ofte kan føle seg usikre i etterkant av situasjoner der de brukte tvang under et stell, når pasienten motsatte seg hjelp og var sint eller uenig (Hem m.fl 2010).

En slik konflikt mellom forbilledlige handlinger, som for eksempel å ta vare på pasientens autonomi og selvbestemmelse kontra det å bevare pasientens verdighet, bevare hygiene eller gjøre unna morgenstell på en effektiv måte kan sees på som verdispørsmål. Martinsen (2003) mener det er dagliglivets praksishandlinger som er forutsetningen for verdispørsmål, og at det er igjennom praksis vi blir fortrolige med hva som er forbilledlige handlinger og hva som er uansvarlige handlinger. De overveielserne og moralske skjønn vi tar i slike situasjoner baserer seg på situasjonsforståelse der vi har innsikt i personens livssituasjon, muligheter og begrensninger. Å yte omsorgsfull hjelp er nedfelt i helsepersonell-loven (Molven 2011). Martinsen (2003) beskriver omsorg som nestekjærlighet: det å gjøre mot andre det du vil at andre skal gjøre mot deg. Å handle riktig i en etisk vanskelig situasjon kan derfor ses litt klarere, da helsepersonell er lovpålagt å yte omsorgsfull hjelp som tar utgangspunkt i situasjonsforståelse og innsikt, og som i stor grad tar hensyn til den svakerestilte.

De vanligste etiske utfordringene sykepleiere og annet helsepersonell i kommunehelsetjenesten opplevde, var utfordringer knyttet til ressursmangel, omsorg ved livets slutt, kommunikasjon med pasienter med demens og informert samtykke (Bollig m.fl 2009). Resultatet fra litteraturstudien viste også at ressursmangel ofte ble beskrevet som årsak til bruk av tvang, noe som både førte til etiske dilemma i forhold til frihetsberøvelse og kunne være årsak til konflikter på arbeidsplassen (Jakobsen & Sørli 2010). Videre var bruk av tvang og det å stå i etiske vanskelige situasjoner ressurskrevende og bidro til frustrasjon og sykemeldinger hos helsepersonell (Zwijzen m.fl 2011; Garden & Hauge 2012). Helsepersonell oppgav altså ressurser som tid, bemanning, kunnskap og utstyr som en årsak

til bruk av tvang og etiske vanskelige situasjoner, men samtidig var disse ressursene nødvendige for å kunne bearbeide disse situasjonene i etterkant, og for bedre å kunne håndtere og forebygge slike situasjoner fremover. Sykepleiere og leger i kommunehelsetjenesten uttalte også et ønske om hjelp til å mestre etisk vanskelige situasjoner, og oppgav det som nødvendig å sette av tid og ressurser til veiledning og systematisk etikkarbeid ved arbeidsplassen (Bollig m.fl 2009; Jacobsen & Sørli 2010).

Malmedal (2013) viser også til en nødvendig utvikling for å møte et økt trykk på helsevesenet i de kommende år, der ressurser som økonomi og bemanning i forhold til arbeid med demente på sykehjem og i hjemmetjenester vil være en utfordring. Studien av Bollig m. fl (2009) viste at bruk av overvåkningsteknologi frigjorde ressurser hos personalet, da de ikke behøvde å gå like mange runder for å se om pasientene var på vei ut døren, eller sov stille på rommet. Samtidig førte dette til et dilemma hvor de på den ene siden følte at overvåkningsteknologi positivt påvirket pasientens følelse av frihet fordi de ikke trengte å utøve like streng kontroll eller låse like mange dører. På den annen side kunne følelsen av å ha kontroll over pasientene resultere i at mindre tid ble brukt til individuell, personsentrert omsorg og kommunikasjon og aktivisering sammen med pasientene. Flere av de intervjuede i en studie mente at kontinuerlig overvåkning var uetisk i forhold til pasientens privatliv, og at det i store deler av dagen ikke var nødvendig med overvåkning (Zwijzen m.fl 2012).

Demens rammer særlig den kognitive resonneringen og følelseslivet til pasienten, og sykepleieren står i en viktig posisjon til kunne kompensere for tap eller å tilrettelegge for å redusere dette tapet (Gjerstad m.fl 2013). Kari Martinsen (2003) viser at moral, makt og avhengighet preger menneskers forhold til hverandre, og hvordan det oppstår makt og avhengighetsforhold mellom svake og sterke grupper. Å bli møtt som person, og ikke bare som en «dement pasient» vil ha stor betydning. Dette viser både hvordan forholdet mellom sykepleieren og pasienten er preget av makt og avmakt og at sykepleierens holdninger, verdier og valg har stor betydning i hverdagen til en pasient med demens.

4.2 Erfaringsutveksling, veiledning og refleksjon hos personalet

Bruk av tvang truer pasientens opplevelse av å bli møtt med respekt. Ved økt fokus på tillitvekkende tiltak kan vi, i følge Myskja (2002), både redusere bruken av tvang mot pasienter med problematisk atferd og spare eller omfordele ressurser. Fagutvikling innen sykepleie og omsorg for mennesker med demens handler derfor om mer enn å redusere utgifter til helsetjenester. Det handler først og fremst om å videreutvikle pleie og omsorg av god kvalitet, som både ivaretar den enkelte pasientens verdighet og samtidig sikrer nødvendig helsehjelp. (Kirkevold 2010, Kitwood 1999). Dette er også i

tråd med Norsk sykepleierforbunds retningslinjer (NSF 2011: 7), som blant annet beskriver at sykepleiers grunnlag skal være respekten for enkeltmenneskets liv og verdighet.

Flere av studiene som inngår i denne oppgaven viste at sykepleiere og annet helsepersonell opplevde negative følelser som frustrasjon, skyldfølelse, dårlig samvittighet og maktesløshet i situasjoner der det ble brukt tvang. Dette kunne skyldes at de følte at de misbrukte sin maktposisjon under et stell, eller fordi de måtte bruke tvang på grunn av manglende ressurser (Jacobsen & Sørli 2010; Garden og Hauge). Hansen og Ytrehus (2011) viser til at opplevelsen og forventningene til egen mestring har sterk sammenheng med hvordan ulike situasjoner takles og at dette påvirker motivasjon, strategier og metoder ved ulike arbeidsoppgaver. Forventningene til egen mestring påvirker også hvor mye energi personalet brukte på de enkelte arbeidsoppgavene. Saarnio og Isola (2010) fant også at å delta i forum for refleksjon, diskusjon og kartlegging av bruk av tvang, kunne redusere bruk av tvang som rutine ved arbeidsplassen. Samtidig inspirerte diskusjoner med kolleger, pårørende og veiledere ansatte til å utforske alternative fremgangsmåter og strategier for å unngå bruk av tvang, som for eksempel å sitte sammen med og lytte til en urolig eller utagerende pasient.

Erfaringsutveksling, veiledning og refleksjon ble sett på som svært viktig i forhold til hvordan pleierne taklet etiske dilemma, gjennom at de kunne gi hverandre alternative fremgangsmåter og strategier i møte med pasienter som motsatte seg nødvendig helsehjelp (Bollig m.fl 2009; Saarnio og Isola 2010). Dette kan tolkes slik at ved systematisk refleksjon, diskusjon, erfaringsutveksling og kartlegging kunne man ha unngått flere situasjoner hvor tvang var blitt utøvd, noe som ville ført til at pasientens verdighet og integritet ble ivaretatt. Samtidig kunne helsepersonell ha sluppet å oppleve skyldfølelse og frustrasjon i forhold til pleien de hadde utøvd, og videre kunne dette bidra til økt motivasjon, mestringsfølelse og mindre bruk av energi på etisk vanskelige arbeidsoppgaver. I arbeid med demente pasienter som motsetter seg helsehjelp kan bruk av tvang virke nødvendig, men som Martinsen (2003) viser må sykepleiere se og vurdere mulighetene og begrensningene i situasjonen for å handle moralsk riktig. Helsepersonell er også forpliktet gjennom lovverket til å yte omsorgsfull hjelp ut fra sine kvalifikasjoner og den konkrete situasjonen (Molven 2010). Det å yte omsorg krever situasjonsforståelse og for å inneha situasjonsforståelse må man ha kunnskap om mulighetene og begrensningene i situasjonen (Martinsen 2003). Dette er i tråd med hvordan helsepersonell som var informanter i de fleste studiene i denne oppgaven beskrev betydningen av veiledning og refleksjon for å se nye fremgangsmåter og muligheter i situasjonen (Bollig m.fl 2009; Saarnio og Isola 2010).

Hansen og Ytrehus (2011) sin studie viste at veiledning under en pleiesituasjon, eller bruk av Marte-

meo veiledning, der situasjonen ble filmet, hadde positiv effekt på helsepersonells mestringsfølelse. Situasjoner som kom brått på og var uventet kunne bli preget av stress, og dette var uheldig både for pleieren og pasienten. Hvis pleierne fikk veiledning mens situasjonen pågikk eller i etterkant ved hjelp av video, fikk de et bredere overblikk og et mer realistisk bilde av muligheter og begrensninger i situasjonen. På denne måten kunne de oppdage små tegn fra pasienten, eller bli oppmerksom på signal de ikke hadde sett tidligere og dette bidro til en økt bevissthet omkring situasjonen. Dette var svært nyttig i etterkant, for å se hva som hadde ledet til uheldige reaksjoner hos pasienten. Usynlige handlinger pleierne hadde gjort og ikke lagt merke til påvirket pasienten og ble svært tydelige på film og med refleksjon og diskusjon i etterkant (Hansen og Ytrehus 2011). En slik bevissthet kan kanskje bidra til å redusere bruk av tvang og gjøre det mulig å vise respekt for enkeltmennesket i praksis, noe som skal være sentralt i all sykepleie (Martinsen 2003, Norsk sykepleierforbund 2011).

4.2.1 Erfaring og kunnskap om utagering og aggresjon

Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens (2001) viser til utagering og aggresjon som en av årsakene til bruk av tvang overfor personer med demens. Deres resultater viste at helsepersonell hadde ulike holdninger til utagering og aggresjon hos pasienter med demens og at de som hadde negative holdninger rapporterte hyppigere bruk av tvang mot denne pasientgruppen. Pleiere som hadde mer klinisk erfaring og utdanning rapporterte mindre bruk av tvang, og viste mer positive holdninger til utagering og aggresjon. Nakahira m. fl (2008) fant i sin studie at erfaringsutveksling, veiledning og refleksjon kunne redusere negative holdninger hos personalet overfor utagerende og aggressive pasienter. Når utagering og aggresjon ble sett på som en form for kommunikasjon og et uttrykk for behov hos pasienten, kunne forholdende tilrettelegges slik at graden av utagering, aggresjon og bruk av tvang som en følge av dette gå ned (Duxbury m.fl 2013; Nakahira m.fl 2008). Å få et annet perspektiv, enten ved å se situasjonen på film eller gjennom refleksjon med veileder i etterkant, var svært gunstig for å se nye muligheter til å tilpasse og forbedre framgangsmåten eller finne alternative strategier under en prosedyre eller et stell. På denne måten fikk pleierne mulighet til å samhandle med pasienten gjennom et bredere utvalg av strategier for å håndtere vanskelige situasjoner. Personalet uttalte også at det ga dem en positiv mestringsfølelse å takle en vanskelig situasjon uten at det økte graden av motstand hos pasienten (Hansen & Ytrehus 2011).

Det kan virke som om helsepersonells lovpålagte forpliktelse til å yte omsorgsfull helsehjelp (Molven 2010) både innebærer å ha kunnskap om muligheter og begrensninger i gitte, praktiske situasjoner, og om den individuelle pasientens bakgrunn. Man må med andre ord inneha situasjonsforståelse, noe som er sentralt i all omsorg. Erfaringsutveksling, veiledning, refleksjon og diskusjon kan dermed

være nødvendig for å yte helhetlig, personsentrert omsorg til pasienten, for å takle etisk vanskelige situasjoner og for å kunne følge helsepersonells forpliktelser og handle moralsk riktig.

4.3 Individuell, personsentrert omsorg

Vézina m. fl (2011) fant i sin studie at å fokusere på pårørende som en ressurs kunne bidra til å forhindre eller å bedre takle etisk vanskelige situasjoner. Ved å innhente informasjon om pasienten fra de pårørende, kunne helsepersonell bruke identitetspåminnelser (engelsk: «identity cues») for å styrke positive følelser eller distrahere pasienten i situasjoner som var negativt ladet og dermed kunne utvikle seg til å bli vanskelige. På denne måten kunne man få kontakt med mange sider av den demente pasientens identitet og gjennom dette styrke positive følelser hos pasienten. Flere av studiens informanter så også denne tilnærmingen som en mulighet til å få pasienten til å interagere positivt med personalet og omgivelsene ellers. Identitetspåminnelser ga den demente pasienten makt og trygghet i situasjonen, fordi pleierne tilrettela situasjonen slik at pasienten for eksempel kunne fortelle noe fra sin egen historie, eller utføre en kjent aktivitet som han/hun mestret. Dette kunne øke mestringsfølelsen både hos pasienten og pleieren, og på denne måten styrke relasjonen mellom disse to (Vézina m. fl 2011). Dette resultatet blir spesielt viktig sett i lys av at Martinsen (2003) viser til at situasjonsforståelse er nødvendig for å yte helhetlig omsorg, og hvordan innsikt i pasientens situasjon er en sentral del av situasjonsforståelsen.

I tråd med dette fant også Smebye m. fl (2012) at å kjenne pasientens historie og interesser var sentralt for kunne vite hva som påvirket den demente pasientens valg, og for å handle deretter. Videre fant de at situasjoner der helsepersonell la til rette for pasienten uten å ha en god nok dialog, ofte kunne misforstås og føre til at det ble tilrettelagt på feil premisser, slik at valg ble tatt i pleiernes eller pårørendes interesser heller enn pasientens. Det ble også funnet at pasienter med demens av og til tok valg som ikke var i sin egen interesse fordi de ikke ville bry andre med sine problemer eller fordi de ikke var klar over sine krav eller muligheter for tilrettelegging fra personalet.

4.3.1 Dialog, tilrettelegging og delaktighet

I følge Vézina m. fl (2011) var kommunikasjon og god informasjon viktig for at pasienten skulle kunne ha best mulige forutsetninger for å ta egne valg. Pårørende var svært viktige ressurser for å innhente kunnskap og informasjon om den demente pasientens tidligere interesser, og større livshendelser og minner. Slik kunne pleierne merke seg pasientens verdier og holdninger tidligere i livet og bruke denne informasjonen til å skape en god relasjon med pasienten. Informasjonen ble også brukt til å tilrettelegge omgivelsene slik at pasienten kunne gjøre valg som samsvarte med sine egne interesser

(Vézina m. fl 2011). Smebye m. fl (2012) fant at i hvor stor grad pasienter med demens deltok i avgjørelser hadde tydelig sammenheng med hvor ofte de ble satt i en posisjon med muligheten til å ta egne avgjørelser (Smebye 2012). Disse resultatene kan vise til at informasjon om pasientens liv, holdninger og verdier var viktige verktøy for å danne en god relasjon, for å tilrettelegge pleie og for å gi individuell omsorg. Ved bruk av påminnelser, som historier eller ordtak som var kjente hos pasienten, kunne pleierne distrahere eller lede pasienten bort fra negative tanker og følelser, og styrke positive følelser. Om situasjoner ble tilrettelagt slik at pasienten i stor grad fikk muligheten til å delta i avgjørelser angående seg selv, kunne pasienten ta avgjørelser som var i sine egne interesser, og inneha større selvbestemmelse. Definisjonen av demens ifølge ICD-10 (Gjerstad m.fl 2013) viser til at demens kan føre til en svekkelse av kontroll, sosial atferd og motivasjon, og utagering og aggresjon hos demente pasienter var oppfattet av pleiere som et uttrykk for behov eller frustrasjon (Duxbury m.fl 2013; Nakahira m.fl 2008). Om tilrettelegging kunne føre til økt delaktighet og kontroll hos en dement pasient, kan dette bidra til å dekke pasientens behov og forebygge utagerende atferd og frustrasjon hos demente pasienter. Dette kan ses som en måte å forebygge bruk av tvang på, da bruk av tvang ofte ble utført i sammenheng med utagering eller aggresjon hos demente personer (Nasjonalt kompetansesenter for demens 2001).

4.4 Alternativer til tvang

I Duxbury m. fl (2013) sin studie uttalte pleiere som ble intervjuet om situasjoner der pasienter viste utagerende eller agitert atferd, at det var viktig å se situasjonen igjennom pasientens øyne og møte pasienten med en relasjonsorientert tilnærming. En eldre, erfaren sykepleier uttalte blant annet at å møte en utagerende pasient med en kontrollerende tilnærming, for eksempel med bruk av fysisk eller medisinsk tvang, bare gjorde situasjonen verre. Ved å forholde seg rolig og bruke alternative strategier som distraksjon kunne man hindre at situasjoner eskalerte. I forhold til medikamentbruk var de intervjuede pleierne enige om at disse burde benyttes sparsomt, og bare i situasjoner der en tydelig opprørt pasient kunne få hjelp til å roe seg ned (Duxbury m.fl 2013).

4.4.1 Medikamentell behandling og overvåkning

En studie som ble gjort angående effekten av kurs og kompetanseheving om antipsykotiske midler over en periode på 6 måneder, viste en merkbar nedgang i utagerende atferd, samt dosereduksjoner av medikamenter hos flere av pasientene. Det ble imidlertid ikke observert noen nedgang i bruk av tvang (Monette m.fl 2008). Bruk av medikamentell tvang, der pasienten ble «dopet ned» ble sett på som svært negativt. Selv om denne studien fra et sykehjem ikke viste nedgang i bruk av tvang, viste studien altså til en merkbar reduksjon av utagerende atferd. Videre studier kunne muligens ha vist til

tydeligere resultater i forhold til bruk av tvang, da utagering og aggresjon har vist seg å være en av årsakene til at tvang brukes. I en annen studie (Zwijzen m.fl 2012), ble overvåkningsteknologi som bruk av GPS, eller sensorer i dør eller seng koblet til en alarm utforsket som et alternativ til bruk av tvang overfor demente pasienter. Hovedfunnene ble delt opp i to kategorier: begrensninger og muligheter ved overvåkningsteknologi. Begrensninger som ble identifisert var at slik teknologi ikke kunne forhindre fall og eller garantere for rask hjelp, teknologien var ikke alltid pålitelig og den kunne invadere pasientens privatliv. Positive sider var økt sikkerhet og økt frihet hos pasienten.

ICD-10 viser at nedsatt orienteringsevne, hukommelse og dømmekraft er sentrale symptomer ved demens (Gjerstad m.fl 2013). En kombinasjon av disse kan føre til situasjoner der pasienter med demens kan skade seg selv, for eksempel ved at man ikke vet hvor man er for å så forsøke å gå til hjemadressen sin på nattetid om vinteren. En av de positive sidene med bruk av overvåkning pleierne i en studie (Zwijzen m.fl 2012) påpekte, var at pasientene fikk mer frihet fordi de ikke trengte å bli forstyrret om natten eller i dagligdags aktiviteter, i motsetning til tidligere da pleiere stadig måtte forstyrre pasienter som sov eller var i en aktivitet for å se om alt var vel. Med sensorer og alarmer kunne personalet gjøres oppmerksom på om pasientene var på vei ut fra sengen eller ut døren, og dermed forsikre seg om at de ikke trengte hjelp. Dette ville kunne øke pasientens sikkerhet. Pleiere i samme studie opplevde også at overvåkningsteknologien hadde potensiale til å bli et mer fullverdig alternativ til bruk av tvang, men i nåtid heller kunne være et nyttig supplement til eksisterende tiltak. For å bli et mer fullverdig alternativ måtte teknologien videreutvikles slik at den ble mer pålitelig.

Studien til Zwijzen m. fl (2012) viste videre at fokus på kompetanseheving og refleksjon om de negative sidene med bruk av tvang også ville kunne øke interessen for å finne alternativer, og for å videreutvikle og igangsette alternative tiltak til tvang. Dette er i tråd med en annen studie (Monette m.fl 2008), hvor kurs og kompetanseheving angående bruk av antipsykotiske legemidler viste en nedgang i utagering og dosereduksjon hos flere pasienter. Kompetanseheving, refleksjon og diskusjoner kan ses som nødvendig for å øke helsepersonells interesse og motivasjon for å finne alternativer til bruk av tvang. Om økt kunnskap om legemidler for å takle utagering hos demente kan ha en positiv effekt, vil dette kanskje også positivt påvirke bruk av tvang. Overvåkningsteknologi kunne også brukes som et supplement for å øke pasientens sikkerhet og frihet (Zwijzen m. Fl 2012), men samtidig vil dette kreve åpne diskusjoner om pasientens rett til privatliv og veies opp imot eksisterende tiltak. Denne balansen mellom formynderi og selvbestemmelsesrett eller autonomi viser Kari Martinsen (2003) i forhold til situasjonsforståelse og innsikt som sentralt innen omsorg.

4.5 Diskusjon av metodens styrker og svakheter

Litteratursøk ble gjennomført i databasene Medline, Pubmed og Cinahl, siden disse er anerkjente søkemotorer for forskning innen sykepleie, medisin og andre helsefag. De valgte artiklene er fra 2008 til dags dato; for å inkludere tidsaktuell forskning. Artiklene er basert på kvalitativ forskning, hvor fokus er på erfaringer, holdninger, følelser og opplevelser. Valget er bevisst, siden sykepleiere og annet helsepersonells erfaringer holdninger, følelser og opplevelser er sentralt i oppgaven. Samtidig betyr det at man ikke kan konkludere med at resultatene gjelder innen helsetjenester for personer med demens generelt. Etske overveielser og hva som er tidsmessig realistisk har betydning for en studie (Dalland 2012). Denne studien er en bacheloroppgave i sykepleie og et større forskningsprosjekt ville gi større bredde og et utvidet perspektiv på tema og problemstillingen.

I utgangspunktet var oppgavens fokus på tvang i sykehjem, men under søkene etter forskning og granskning av artiklene virket det hensiktsmessig å utvide problemstillingen til å gjelde pasienter med demens som mottar helsehjelp. Gjennomgangen av artikler som var relevante for oppgaven viste at det valgte tema, bruk av tvang overfor pasienter med demens, er aktuelt i flere deler av helsesektoren. Endringen av fokus under artikkelsøket har påvirket datamaterialet som ble funnet, noe som kan sees som en svakhet i studien. Artiklene som ble inkludert var fra flere forskjellige land, hvor organisering av eldreomsorgen varierer. Samtidig vet vi også at ansvaret for behandling og pleie av eldre har skiftet mellom sykehjem, sykehus og hjemmetjenester innad i Norge (Malmedal 2013). Det kunne derfor være vanskelig å innhente artikler som oppnådde alle kriteriene på en like god måte. På den annen side kan det dermed ses som en styrke at artiklene som ikke bare spesifikt tok for seg sykehjem likevel ble inkludert, siden grunnen var at de ble ansett som svært aktuelle for studiens problemstilling. I oppgaven brukes både begrepene *sykepleier*, *pleier* og *helsepersonell* fordi disse ulike begrepene brukes i artiklene og annen litteratur som det vises til i oppgaven.

5.0 Konklusjon

En kombinasjon av det å ta i bruk ny, moderne overvåkningsteknologi, samt å fokusere på refleksjon og å sette av ressurser på arbeidsplassen til etikkarbeid og kunnskapsheving synes å være nødvendig for å skape et overskudd av ressurser for å videreutvikle hjelpetilbudet til pasienter med demens. Dette vil kunne være en positiv spiral som gir bedre fordeling av ressurser ved arbeidsplassen, slik at man kan tilrettelegge for kompetanseheving som kan bidra til en mer helhetlig og personsentrert omsorg for pasienter med demens. Dette vil forhåpentligvis også bidra til en nedgang i bruk av tvang overfor disse pasientene. Det kan med andre ord være nødvendig å *bruke* ressurser for å frigjøre ressurser, da tidspress ofte er årsak til bruk av tvang, etisk vanskelige situasjoner og konflikter på arbeidsplassen. Å bruke ressurser på tid til refleksjon, kompetanseutvikling og etikkarbeid for å bevisstgjøre helsepersonell på de negative sidene med bruk av tvang, vil kunne påvirke holdninger, interesse og motivasjon for å håndtere etisk vanskelige situasjoner på arbeidsplassen.

Referanser

Bollig, G., Pedersen, R. og Førde, R. (2009). Etikk I sykehjem og hjemmetjenester, *Sykepleien Forskning*, 3, (4), s.186-196

Dalland, O. (2012, 5. utg). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Duxbury, J., Pulsford, D., Hadi, M. og Sykes, S. (2013). Staff and relatives' perspectives on the aggressive behavior of older people with dementia in residential care: a qualitative study, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, s. 792-800

Fetherstonhaugh, D., Tarzia, L. & Nay, R. (2013) Being central to decision making means I am still here!: The essence of decision making for people with dementia. *Journal of Aging Studies*, 27: 143-150

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013, 3. Utg). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur

Furesund, A. S., Lykkeslet, E., Skrondal, T. og Wogn-Henriksen, K. (2007) "Signe som ikke ville dusje", *Demens & Alderspsykiatri*, vol. 11-nr.1, s.19-22

Garden, M. H. og Hauge, S. (2012). Kampen for pasientens beste – sykepleieres oppfatning av å delta I bruk av tvang overfor personer med demens, *Vård I Norden*, 32, (1), s.18-22.

Gjerstad, L., Fladby, T. og Andersson, S. (2013). *Demens-sykdommer. Årsaker, diagnostikk og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hansen, A. og Ytrehus, S. (2011). Hvordan påvirker Marte meo-veiledning personalets opplevelse av egen mestring I demensomsorgen? *Sykepleien Forskning*, 1 (6), s.36-43

Helsedirektoratet (2008). *Lov om pasientrettigheter kapittel 4A. Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen*. Rundskriv 15-10. Oslo: Helsedirektoratet.

Hem, M. H., Gjerberg, E., Pedersen, R. og Førde, R. (2010). Pleie og omsorg I grenselandet mellom frivillighet og tvang, *Sykepleien Forskning*, 4, (5), s.294-301

Jakobsen, R. og Sørli, V. (2010). Dignity of older people in a nursing home: Narratives of care providers, *Nursing Ethics*, 17, (3), s.289-300.

Kirkevold, M. (2010). Individuell sykepleie. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten (kap. 9)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kitwood, T. (1999). *En revurdering av demens – personen kommer i første række*. Frederikshavn DK: Dafolo forlag.

Landau, R., Auslander, G. K., Werner, S., Shoval, N. og Heinik, J. (2010). Families' and Professional Caregivers' Views of Using Advanced Technology to Track People with Dementia, *Qualitative Health Research*, 20, (3), s.409-419

Lindgren, S. (2011). Tekstanalyse. I: Fangen, K. og Sellerberg, A-M. *Mange ulike metoder*, s. 266-279. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Malmedal, W. (2013). *Inadequate Care, Abuse and Neglect in Norwegian Nursing homes*. Doctoral thesis at NTNU, 2013: 349. Trondheim: Norwegian University of Science and Technology.

Malmedal, W. (1999). *Sykehjemets skyggesider – når beboere i sykehjem utsettes for krenkelser og overgrep*. Oslo: kommuneforlaget.

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin, Historisk-filosofiske essays*. Oslo: Universitetsforlaget

Molven, O. (2010, 3. Utg). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Monette, J., Champoux, N., Monette, M., Fournier, L., Wolfson, C., Galbaud, G. D. F., Sourial, N., Cruguel, J. P. L. og Gore, B. (2008). Effect of an interdisciplinary educational program on antipsychotic prescribing among nursing home residents with dementia, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, s.574-579

Myskja, A. (2002). Individualisert musikk i eldreomsorgen. Geria Veivise. Oslo: Ullevål universitetssykehus.

Nakahira, M., Moyle, W., Creedy, D. og Hitomi, H. (2008). Attitudes toward dementia-related aggression among staff in Japanese aged care settings, *Journal of Clinical Nursing*, 18, s. 807-816

Norsk sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund

Polit, D. F. & Beck, C.T. (2010, 7. Utg). *Nursing research: appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins.

Saarnio, R. og Isola, A. (2010). Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional care of older people in Finland, *Journal of Clinical Nursing*, 19, s.3197-3207

Smebye, K.L., Kirkevold, M. og Engedal, K. (2012). How do persons with dementia participate in decision making related to health and daily care? A multi-case study, *BMC Health Services Research*, 12: 241 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/241>

Vézina, A., Robichaud, L., Voyer, P. og Pelletier, D. (2011). Identity cues and dementia in nursing home intervention, *IOS Press, Work* 40 s.5–14 DOI 10.3233/WOR-2011-1201 lastet ned 12.02.2014

Witsø, A. E. (2007). "Det er noe mer enn å bare utføre de oppgavene du skal". En kvalitativ studie av erfaringer med tjenesteyting til personer med demens som bor hjemme. Masteroppgave i helsevitenskap. Trondheim: NTNU: Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet.

Zwijssen, S. A., Depla, M. F.I.A., Niemeijer, A. R., Francke, A. L., og Hertogh, C. M.P.M. (2011). The concept of restraint in nursing home practice: a mixed-method study in nursing homes for people with dementia, *International Psychogeriatrics*, 23, (5) s. 826-834

Zwijssen, S. A., Depla, M. F.I.A., Niemeijer, A. R., Francke, A. L., og Hertogh, C. M.P.M. (2012). Surveillance technology: An alternative to physical restraints? A qualitative study among professionals working in nursing homes for people with dementia, *International Journal of Nursing Studies*, 49, s.212-219.

Tabell 3 Inkluderte artikler

Forfatter, År	Tittel	Hensikt med studie	Metode	Funn
Rita Jakobsen & Venke Sørлие 2010.	Dignity of older people in a nursing home: Narratives of care providers	Studiens hensikt var å belyse flere av de vanskelige etiske situasjonene som kan oppstå i sykehjem	Kvalitativ	De etisk vanskelige situasjonene som oppsto og frustrasjonen eller maktesløsheten til de ansatte kom til syne når verdigheten til pasienten var i spill. Pleierene følte frustrasjon til kravene om effektivitet og mangel på kompetanse ved arbeidsplassen, og dette ble sett på som et område det kunne bli gjort forbedringer.
Ruth Landau, Gail K. Auslander, Shirli Werner, Noam Shoval & Jeremia Heinik 2010.	Families' and Professional Caregivers' Views of Using Advanced Technology to Track People With Dementia	Denne studien hadde som hensikt å vise pårørende og pleierenes syn på bruk av GPS hos demente, og balansen mellom pasientens autonomi og pasientsikkerhet	Kvalitativ	Konklusjonen var at de pårørende i stor grad foretrakk pasientsikkerhet over autonomi og privatliv. Pleierne mente i dette tilfellet det motsatte, og satte pasientens autonomi over sikkerhet. Etter som det var delte meninger i gruppene, virket det beste alternativet som å få pasienten involvert tidlig i sykdomsforløpet.
Kari Lislerud Smebye, Marit Kirkevold & Knut Engedal 2012.	How do persons with dementia participate in decision making related to health and daily care? A multi-case study	Hensikten i denne studien var å få økt forståelse for hvordan demente pasienter er med i avgjørelser i daglige aktiviteter, og hvordan pårørende og pleiere påvirket valgene.	Kvalitativ	De demente viste forskjellig grad av deltakelse i daglige avgjørelser, og optimal deltakelse ble oppnådd der situasjonen ble tilrettelagt slik at pasienten hadde best mulig forutsetninger for å gjøre et valg. Kartlegging av pasientens kognitive styrker og svakheter og å se viktigheten av relasjoner og kontekst var viktige funn.
Aline Vézinaa, Line Robichaud, Philippe Voyer & Daniel Pelletier 2011.	Identity cues and dementia in nursing home intervention	Hensikten var å identifisere og dokumentere ulike identitetspåminnelser hos demente i sykehjem, og hvordan denne tilnærmingen kunne brukes i praksis.	Kvalitativ & Review	Denne studien viste at økt forståelse for identitetspåminnelser ville gjøre det mulig å utvikle mer individualiserte hjelpetilbud, øke livskvalitet, samarbeid og interaksjon med demente.

Reeta Saarnio & Arja Isola 2010.	Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional care of older people in Finland	Studiens hensikt er å belyse sykepleierenes oppfatning av bruk av fysisk tvang mot eldre i institusjon, og finne data som kan anvendes for videreutvikling i eldreomsorgen.	Kvalitativ	Denne studien viste at tilrettelegging av pasientens institusjon og omgivelser, kunne redusere bruk av tvang, og at sykepleierenes valg kunne bli påvirket av trening og kompetanse.
J. Duxbury, D. Pulsford, M. Hadi & S. Sykes 2013.	Staff and relatives' perspectives on the aggressive behaviour of older people with dementia in residential care: a qualitative study	Hensikten med studien var å undersøke hvordan utagering og aggresjon ble håndtert av personalet. Holdningene og meninger hos personalet om hvorfor utageringen skjedde og hvordan den skulle takles ble også inkludert.	Kvalitativ	Studien viste at både pårørende og pleiere mente at den beste måten å takle aggresjon hos demente var å ha fokus på personsentrert omsorg og mellommenneskelige interaksjoner heller enn bruk av overtalelse og bruk av tvang.
Sandra A. Zwijsen, Marja F.I.A. Depla, Alistair R. Niemeijer, Anneke L. Francke, & Cees M.P.M. Hertogh 2012.	Surveillance technology: An alternative to physical restraints? A qualitative study among professionals working in nursing homes for people with dementia	Hensikten var å se holdningen til nederlandsk pleiepersonell i forhold til overvåkningsteknologi som et alternativ til fysisk tvang	Kvalitativ	Konklusjonen var at pleierene ikke følte denne teknologien som et alternativ til bruk av tvang. Med utvikling av overvåkningsteknologi, og kompetanseutvikling i forhold til risikofaktorer ved bruk av tvang var pleierne positive til mulighetene overvåkningsteknologi hadde for å gi pasientene økt frihet og økt pasientsikkerhet.
Miwa Nakahira, Wendy Moyle, Debra Creedy & Hiroe Hitomi	Attitudes toward dementia-related aggression among staff in Japanese	Studiens hensikt var å utforske sammenhengen mellom pleiepersonalets holdninger og praksis i	Kvantitativ	Pleiepersonell med høyere utdanning og klinisk erfaring hadde en positiv holdning til demente pasienters aggresjon.

<p>2008.</p>	<p>aged care settings</p>	<p>arbeid med aggresjon hos demente i eldreomsorgen</p>		<p>Pleiepersonell med negativ holdning til pasienters aggresjon rapporterte høyere bruk av tvang. Utdanning innen demens ville være nyttig for å utvikle positive holdninger hos pleiepersonalet og redusere bruk av tvang</p>
<p>Johanne Monette, Nathalie Champoux, Miche`le Monette, Lynn Fournier, Christina Wolfson, Guillaume Galbaud du Fort, Nadia Sourial, Jean-Pierre Le Cruguel & Brian Gore</p> <p>2008.</p>	<p>Effect of an interdisciplinary educational program on antipsychotic prescribing among nursing home residents with dementia</p>	<p>Hensikten med denne studien var å se effekten av et tverrfaglig kurs i bruken av antipsykotiske medikamenter hos demente i sykehjem</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>Studien viste at dette utdanningsprogrammet for pleiepersonell viste en betraktelig nedgang i antall pasienter som fikk antipsykotiske medikamenter, og en nedgang i utagering hos pasientene. Studien viste også at ved et slikt utdanningsprogram ville det vært enklere å se hvilke pasienter som ikke har utbytte av antipsykotiske medikamenter.</p>
<p>Sandra A. Zwijsen, Marja F. I. A. Depla, Alistair R. Niemeijer, Anneke L. Francke & Cees M. P. M. Hertogh</p> <p>2011.</p>	<p>The concept of restraint in nursing home practice: a mixed-method study in nursing homes for people with dementia</p>	<p>Hensikten med studien var å se hvordan pleiepersonell og pårørende erfarte og definerte bruk av tvang mot demente i sykehjem</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>Personell og pårørende erfarte en handling som bruk av tvang dersom den plaget pasienten eller hadde som eneste mål å berøve pasientens frihet. Studien viste at utdanning om de negative sidene ved tvang ville være gunstig for pårørende og pleiepersonell for å finne alternativer, og at flere sykepleiere følte seg anklaget når bruk av tvang ble diskutert.</p>

Georg Bollig, Reidar Pedersen & Reidun Førde 2009.	Etikk i sykehjem og hjemmetjenester	Studiens hensikt var å belyse etiske utfordringer og systematisk etikkarbeid i sykehjem og hjemmetjenester	Review & Pilotstudie	Systematisk etikkarbeid burde høynes, da dette kunne forbedre personalets håndtering av vanskelige situasjoner, og øke kvaliteten på helsetjenesten.
Anette Hansen & Siri Ytrehus 2011.	Hvordan påvirker Marte meo-veiledning personalets opplevelse av egen mestring i demensomsorgen?	Hensikten var å utforske hvilken betydning Marte meo-veiledning hadde for personalets opplevelse av mestring i arbeid med demente i vanskelige stellsituasjoner og hvilken verdi denne metoden hadde i praksis	Kvalitativ	Ulike arbeidsplasser burde evaluere sitt behov for kompetansebygging og veiledning, og Marte meo-metoden kunne være et effektivt virkemiddel til å øke samarbeid, refleksjon og bevisstgjøring blant ansatte.
Marit Helene Hem, Elisabeth Gjerberg, Reidar Pedersen & Reidun Førde 2010.	Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang	Studiens hensikt var å vise situasjoner hvor helsehjelp skal gis til pasienter med demens som motsetter seg helsehjelp	Kvalitativ	Diskusjoner og refleksjoner om erfaringer og håndteringsmetoder fra praksis var nødvendig for kompetanseutvikling og et større repertoar av strategier for å møte vanskelige situasjoner. På sikt ville dette kunne redusere tvang.
May-Hilde Garden & Solveig Hauge 2012.	Kampen for pasientens beste - Sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens	Hensikten med studien var å utforske hvordan sykepleiere erfarte bruk av tvang i demensomsorgen	Kvalitativ	Sykepleirens holdninger og evne til å kommunisere med pasienten hadde stor innvirkning på bruk av tvang. Sykepleierne opplevde at bruk av tvang var for pasientens beste, der pasientens beste ofte var uklart hos pleierne. Sykepleierne opplevde skam, skyld og sinne i forbindelse med bruk av tvang.

