



**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,
Pilestredet,
Fakultet for helsefag**

Kandidatnummer: 522 _____

Eksamensnavn: SYBAD 3900 _____

Dato: 1. juni 2017 _____

Klasse: 4D _____

Kull: SYPLGRD13HD _____

Antall ord: 10376 _____

Bacheloroppgave 2017

FOREBYGGING AV TVANG HOS PERSONER MED DEMENS

Prevention of coercion against persons with dementia

*Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge bruk av tvang
hos personer med demens i sykehjem?*

Antall ord: 10376

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Tvang i sykehjem foretas oftere enn hva som er faglig forsvarlig og er en faglig og etisk utfordring. Denne oppgaven ønsker å utforske hvilke tilnæringsmåter sykepleier kan bruke i samhandling med personer med demens slik at tvang forebygges.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge tvang hos personer med demens i sykehjem?

Metode: Litteraturstudie, basert på faglitteratur og forskningsartikler.

Resultat: Både teori og funn fra forskning viser at kjennskap til pasienten, kompetanse om personer med demens og etisk refleksjon er viktige forutsetninger for å forebygge tvang. Det er også av stor betydning at sykepleier har evne til å være årvåken og fleksibel. Samtidig som tid og ressurser kan være en utfordring.

Diskusjon: Sykepleier kan bidra til å forebygge tvang ved å se hele mennesket, ikke bare sykdommen. Mangel på ressurser og kompetent personale på jobb ble ofte oppgitt som årsak til at pasienten gjorde motstand i stellesituasjoner og at det ble brukt tvang.

Nøkkelord: demens, tvang, etikk, sykepleie.

Innhold

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling.....	2
1.2 Hensikt.	2
1.3 Begrepsavklaring.....	2
1.4 Avgrensing.	3
1.5 Oppgavens disposisjon.	3
2.0 METODE	5
2.1 Litteraturstudie som metode.	5
2.2 Søkeprosessen.	5
2.3 Kilder og kildekritikk.	6
3.0 TEORI	9
3.1 Demens.....	9
3.1.1 Moderat grad av demens.	10
3.1.2 Alvorlig grad av demens.	11
3.2 Tvang.....	12
3.2.1 Hva sier lovverket.....	12
3.3 Etisk og faglig refleksjon.	14
3.3.1 Autonomi og velgjørhetsprinsippet.	14
3.4 Joyce Travelbees sykepleieteori.....	16
4.0 PRESENTASJON AV FUNN.....	17
5.0 DRØFTING.....	23
4.1 Livshistorie og verdighet.....	23
4.2 Tillitsskapende tiltak.	25
4.4 Kunnskap og kompetanse.....	30
6.0 KONKLUSJON.....	34
LITTERATURLISTE	35
Vedlegg 1	40
Vedlegg 2	42

1.0 INNLEDNING

Klokken er kvart over åtte og morgenrutinene er i full gang på avdelingen der jeg er sykepleierstudent. Det ringer en klokke og jeg går inn på rommet hvor jeg vet at sykepleier Lise hjelper Randi med å stelle seg.

Randi ligger naken og uten dyne i sengen, jeg ser at hun prøver å dekke seg til med armene når jeg kommer inn i rommet. «Åh, er det du som kommer sier Lise, ja, ja du får ta i her da, så vi får henne på badet.» Sykepleier Lise virker oppgitt og gir klart uttrykk for at hun synes Randi er utakknemlig. «Hun prøvde å bite meg, enda jeg bare prøver å hjelpe henne», sier hun oppgitt og legger til at» sånt som dette har vi jo ikke tid til, vi har viktigere ting å gjøre.»

Jeg tilbyr meg å være der, mens hun ordner med medisinene. Lise ser lettet ut, og skynder seg ut av rommet. Jeg smiler til Randi og spør om hun vil ha på seg dynen, Hun nikker og smiler tilbake, så lukker hun øynene. Jeg setter meg på stolen ved siden av sengen og titter i et album som ligger på bordet. Der ser jeg en flott dame omgitt av en stor familie, som har delt mange opplevelser sammen. Mens jeg sitter der ved siden av sengen, tenker jeg på at selv om Randi sin demenssykdom gjør at hun ikke alltid husker familien sin og ikke forstår hva som skal skje, har hun sin historie og integritet fortsatt med seg.

Etter en liten stund våkner Randi og jeg spør om hun vil ha en kopp kaffe. Nei, nå vil jeg opp, sier hun. Jeg hjelper henne med å ta på morgenkåpen, så rusler vi ut på badet. (Egen opplevelse, navnene er anonymisert).

Gjennom denne opplevelsen oppdaget jeg at veien mellom omsorg og tvang kan være kort, og at det er ulike grunner til at tvang brukes. Personer med demens er sårbare og er spesielt utsatt, fordi de ofte trenger hjelp i dagliglivets funksjoner.

Det er omtrent 70 000 mennesker som lever med en demensdiagnose i Norge i dag. Halvparten av disse er i sykehjem (Folkehelseinstituttet 2014). Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse har gjort en kartlegging av tvang i sykehjem som dokumenterer at tvang foretas oftere enn hva som er faglig forsvarlig (Rokstad, 2012).

Forebygging av tvang og god omsorg for personer med demens tar utgangspunkt i medbestemmelse og individualisering. Det er en forutsetning at sykepleier har forståelse for pasientens situasjon, da kan hun yte hjelp på en slik måte at ønsker og behov blir ivarettatt (Rokstad, 2008).

1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling.

Historien ovenfor danner bakgrunnen for temaet i oppgaven. Jeg så den sårbare pasienten som lå i sengen, samtidig som jeg også så en fortvilet sykepleier som forsøkte å «få unna et morgenstell før alle de andre gjøremålene hun hadde denne morgenen.

I min praksisperiode på sykehjem erfarte jeg at personalet utførte tvang i pasientnære situasjoner. Jeg opplevde samtidig at sykepleierne var usikre i møte med pasienter som viste motstand og utagerende atferd. Jeg observerte ulike tilnæringsmetoder, både når tvang ble brukt, men også når sykepleier gjennom sin kompetanse forebygget utagerende atferd og bruk av tvang. Ut i fra erfaring og interesse for temaet tvang i demensomsorgen, som ble vekket tidlig i sykepleierutdannelsen, er følgende problemstilling formulert:

Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge bruk av tvang hos personer med demens i sykehjem?

1.2 Hensikt.

Hensikten med oppgaven er å få ny kunnskap og få økt min forståelse for hvordan sykepleier kan samhandle med personer med demenssykdommer. Jeg ønsker å finne ut av hvordan sykepleier i sitt møte med pasienten, kan bidra til å forebygge tvang.

1.3 Begrepsavklaring.

Sykepleie blir definert av Joyce Travelbee, som vektlegger sykepleiens mellommenneskelige aspekter og hevder at sykepleier må ha en forståelse av hva som foregår i samhandlingen mellom

pasient og sykepleier, at pasientens opplevelse av situasjonen kan få konsekvenser for hans tilstand. (Kirkevold, 2008, s. 113).

Sykehjem er både somatiske avdelinger og skjermet enheter for personer med demens.

Forebygging i denne oppgaven er hvordan sykepleier gjennom samhandling og alternative tiltak unngår å bruke tvang i stellesituasjoner.

Sentrale begreper i problemstillingen blir definert underveis i oppgaven.

Personer med demens blir brukt i tittelen og noen steder i oppgaven, for øvrig blir det brukt pasient. Sykepleier blir omtalt som hun og pasienten som han.

1.4 Avgrensning.

Oppgaven handler om personer med moderat til alvorlig grad av demens, som er over 65 år, bor på sykehjem og som ikke har samtykkekompetanse. På grunn av oppgavens omfang har jeg valgt å ikke utdype de enkelte demensdiagnosene, men skrive om demens generelt, og beskrive de vanligste symptomene som er relevante i forhold til problemstillingen. Jeg er innforstått med pårørendes betydning i demensomsorgen, men det vil av samme årsak som ovenfor ikke bli beskrevet i denne oppgaven. Tvang brukes i flere situasjoner på sykehjem, jeg har valgt å avgrense til tvang under stellesituasjoner.

1.5 Oppgavens disposisjon.

Oppgaven er etter HiOA`s retningslinjer for oppgaveskriving, delt inn i hovedkapitler som består av metode, teori, forskning og drøfting, i tillegg kommer innledning og konklusjon.

I kapittel to som er metodedelen, blir søkeprosessen fremstilt, kriterier for valg av litteratur og kildekritikk blir også beskrevet her. Kapittel tre om teori, viser pensum og annen faglitteratur som er relevant for problemstillingen. I kapittel fire blir funn fra de ti forskningsartiklene som er brukt i oppgaven fremstilt, og i kapittel fem blir funn i forskningen og teori drøftet, sett i lys av egne

erfaringer. Oppgaven avsluttes med en konklusjon i kapitel seks, der hensikten er å besvare problemstilling. Litteraturlisten vil gi en oversikt over bøker, lovverk, artikler, forskning og nettsider som er benyttet.

2.0 METODE

En metode er et redskap for å innhente data, som brukes når vi skal undersøke noe vi ønsker å få mer kunnskap om. Hvilken metode som velges er avhengig av hva som er spørsmålet eller problemstillingen som vi ønsker å få svar på. Kvalitativ metode bygger på opplevelser og livserfaringer basert på dybdeintervjuer eller fokusintervjuer, og har som mål å fange opp det som ikke kan tallfestes eller måles. Kvantitativ metode er data som er målbare og ofte fremstilles i tabeller eller grafer (Dalland, 2013). I denne oppgaven foretar jeg en litteraturstudiet i tråd med skolens krav og retningslinjer.

2.1 Litteraturstudie som metode.

En litterær oppgave er en fremgangsmåte der man bruker andres teori og forskning slik at temaet belyses og problemstillingen blir besvart. Det gjøres en systematisk gjennomgang av litteraturen og en vurdering av de skriftlige kildene i form av kildekritikk (Dalland, 2013). Kildene i denne oppgaven er fra pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og relevant forskning for problemstillingen.

Alle artiklene jeg har anvendt er hovedsakelig bygget på kvalitativ forskning, det vil gi en dypere forståelse av temaet i problemstillingen.

2.2 Søkeprosessen.

Den innledende litteratursøkingen startet jeg i Google Scholar for å få et bilde av hva som allerede er skrevet om temaet. Deretter søkte jeg i SweMed+, som er en skandinavisk søkebase. Her anvendte jeg mine norske søkeord, «*tvang, demens og etikk*», og fant tre relevante artikler. Her fant jeg også MeSH-termene som er de samme søkeordene, men på engelsk. MeSH –terms gir et bredere og større søk i databasene, og ofte er det de ordene forskning anvender seg av i

artiklene. I søket videre anvendte jeg anerkjente databaser som Medline og Cinahl. Jeg har også benyttet meg av Sykepleien forskning. I tillegg har jeg brukt Nasjonalt kompetansesenter for Aldring og helse etter tips fra veilederen min.

Jeg benyttet meg av følgende eksklusjons - og inklusjonskriterier; ikke eldre enn 10 år, Språk: engelsk, norsk og svensk, fagfelleverderte, godkjent av etisk komité, IMRAD-struktur og sykepleieaktuell.

Jeg har benyttet meg av PICO-skjema som rammeverk og søkt på følgende ord: «*dementia, dementia care, good care, agitation, coercion, etihcs, nursing homes og violence*». Jeg har benyttet meg av AND som vil avgrense i stedet for å bruke OR som vil øke antall treff. Jeg startet med å lese overskriftene, og deretter sammendraget for å se om det var relevant for min problemstilling. Oppgaven inkluderer to litteraturstudier og åtte kvalitative artikler. (Se vedlegg 1, for ytterligere om søkeprosessen).

2.3 Kilder og kildekritikk.

Kildekritikk har som formål å beskrive om en kilde er sann eller ikke. Det er viktig at man bruker kritisk vurdering i forhold til om den utvalgte litteraturen er relevant, pålitelig og besvarer problemstillingen (Dalland, 2013, s.73). Kritisk vurdering av tekst ved bruk av litteraturstudie som metode, er viktig fordi det er basert på andres studier.

Pensumlitteratur er anvendt, i tillegg er det søkt i HiOA`s bibliotekbase etter aktuelle fagbøker, som er vurdert i forhold til relevans, holdbarhet og gyldighet for tema og problemstilling.

Oppgaven er hovedsakelig bygget på primærlitteratur. Fordelen med primærkilde er at det er den opprinnelige kilden, den er ikke tolket eller gjenfortalt av andre og dermed den mest pålitelig (Dalland, 2013, s. 86). I noen tilfeller har jeg anvendt meg av sekundærkilder. Begrensingene ved dette, er at teksten kan være formgitt av forfatterne som viser til kilden.

Utvalget av litteratur er for det meste ikke eldre en ti år, med noen unntak. «Sykepleieteorier – analyse og evaluering» av Marit Kirkevold som er fra 2003, har jeg likevel valgt å ta med, da den

har vært god støtte i forhold til å forstå Travelbee`s teori, som opprinnelig er fra, så langt tilbake som 1966. Her har jeg brukt den norske versjonen av «Mellommenneskelige forhold i sykepleien» fra 2005. Teorien hennes er allikevel aktuell i dag fordi den har elementer i seg som også moderne omsorgsteorier er opptatt av (Kirkevold, 2003, s.113).

Det finnes mye litteratur om demens som er skrevet av anerkjente fagpersoner. Utvalget er gjort på bakgrunn av det jeg mener har relevans for problemstillingen. «Personer med demens. Møte og samhandling» av Anne Marie Mork Rokstad og Kari Lisleby Smebye som begge er sykepleiere, belyser aktuelle temaer om ulike tilnæringsmåter og etiske, juridiske og faglige utfordringer. «Se hvem jeg er. Personsentrert omsorg ved demens» også av Anne Marie Mork Rokstad, har jeg støttet meg til, fordi tillitsskapende tiltak og praktisk demensomsorg er meget godt beskrevet. «Demens. Fakta og utfordringer» av Knut Engerdal og Per Kristian Haugen, som begge er respekterte fagpersoner innen demensomsorg, tar for seg viktige og aktuelle områder rundt demens. «Metode og oppgaveskriving» av Olav Dalland har vært til stor nytte for disponering av oppgaven og for å få kunnskap om litteraturstudie.

Alle forskningsartiklene belyser ulike sider ved problemstillingen. Ingen artikler i oppgaven er eldre enn syv år, noe jeg mener er en styrke. Da jeg startet søket fant jeg mange relevante forskningsartikler om temaet. Alle artiklene er publisert av norske eller skandinaviske forfattere, men flere finnes bare publisert på engelsk. Fem artikler er skrevet på engelsk, noe som kan føre til feiltolkninger og misforståelser av innholdet ved oversettelse.

Forskningsartiklene som er brukt, er hentet fra skolens databaser og er peer reviewed. For å kvalitetssikre har jeg tatt utgangspunkt i at forskningsartiklene er bygd opp etter IMRaD-prinsippet. De forskjellige bokstavene står for Introduksjon, Metode, Resultat og Diskusjon (Dalland, 2013). I vurderingen videre har jeg vært kritisk til om artiklene har vært pålitelig og relevante for oppgaven, ved hjelp av sjekklister i kunnskapsbasert praksis som er beskrevet i Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, Reinart (2012, s.69). Videre sjekket jeg bakgrunnen til noen av forfatterne og om artiklene er gjennomgått etisk godkjenning.

Utvalget ble tilslutt, åtte enkelt studier og to systematiske litteraturstudier. Det siste er en systematisk oversikt som oppsummerer og sammenstiller resultater fra alle relevante studier

(Dalland, 2013). Fordelen med artikler som har en systematisk oversikt, er at de har større faglig tyngde enn enkeltstudier. Jeg ser det som en styrke for oppgaven at jeg har landet på flere av de samme enkeltstudiene i søkeprosessen som de systematiske litteraturstudiene. Enkelte av studiene referer til hverandre og noen har samme forfattere, det gjelder artikkel 2, 7 og, 8 og 9. Flere av enkeltstudiene har lignende resultater med oppsummert forskning som gjør at de underbygger hverandre. Jeg har inkludert kvalitative data, da jeg ønsker å undersøke sykepleierens erfaring og opplevelse rundt forebygging av tvang hos personer med demens. En svakhet i kvalitativ metode som intervju og observasjon er at det ofte er få utvalgte personer som er involvert i studiet og dette kan prege forskerens tolkning (Dalland, 2013, s.114)

3.0 TEORI

3.1 Demens.

Engedal og Haugen (2009, s.20) har definert sykdommen demens slik:

En ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning, og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivet aktiviteter. Endret adferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid.

Rokstad (2014, s.10), beskriver i sin bok demens som et klinisk symptombilde, som karakteriseres ved en gradvis forverring av kognitiv og praktisk svikt, og med nevropsykologiske symptomer. Sykdommen vil i tillegg til nedsatt hukommelse og evnen til å utføre praktiske funksjoner, inkludere psykotiske problemer og atferdsforandringer i form av agitasjon og uro.

Både Engerdal og Rokstad beskriver demens som en sykdom der personlighet og atferd vil endres over tid, og at personer med demens gradvis vil trenge hjelp og pleie til funksjoner som for de fleste av oss er en selvfølge å klare selv.

Det er ulike årsaker til at demenssykdom oppstår, og de blir ofte klassifisert i følgende tre grupper: degenerative demenssykdommer, vaskulær demens og sekundær demens. Symptomene på demens kan variere ut i fra årsak og lokalisering av hjerneskaden, en del av symptomene vil likevel være felles, selv om demensdiagnosen er forskjellig. Redusert hukommelse er et av de viktigste og første symptomene, og må være tilstede for at begrepet demens kan brukes, og når evnen til å utføre dagligdagse aktiviteter svikter, må dette relateres til hukommelsesreduksjonen (Engerdal & Haugen, 2009).

Opplevelsen av å ha en demenssykdom er blitt fortalt av blant annet Bryden som har skrevet boken «Dancing with Dementia». Rokstad (2008, s.12), refererer til henne, der Bryden beskriver en sårbarhet over ikke lenger å være den personen hun har vært, og hvordan usikkerhet og angst

skaper forvirring og sinne. Behovet for å bli forstått og verdsatt som den personen hun er som syk, vil skape trygghet og tillitt til omgivelsene rundt henne.

Det er vanlig å dele demens i mild, moderat og alvorlig grad. Ved mild demens begynner personen å glemme, spesielt hendelser i nær fortid. Dette får konsekvenser i hverdagen, selv om pasienter med mild grad av demens oftest bor hjemme og fungerer normalt i dagliglivet. Ved moderat og alvorlig grad vil pasienten som regel bo på sykehjem og symptomene er mer uttalt og sammensatte (Rokstad, 2008, s.39)

3.1.1 Moderat grad av demens.

Ved moderat demens vil kognitive symptomer som hukommelse og evnen til å utføre tidligere erfaringer og kunnskap være ytterligere svekket. Følelsen av å miste grepet på tilværelsen gjør at pasienten ofte blir forvirret og sint, samtidig som angst og katastrofereaksjoner kan oppstå (Engerdal & Haugen, 2009).

Irritabel eller aggressiv atferd skyldes ofte at pasienten ikke forstår situasjonen eller hva som blir sagt eller hva som skal gjøres. De fleste situasjoner der tvang utføres på grunn av samhandlingsproblemer, er årsaken misforståelser mellom pasienten og miljøet rundt ham (Berentsen, 2008).

Det sosiale miljøet rundt pasienten på sykehjem er pårørende og helsepersonell, og det får stor betydning for hele miljøet at sykepleier klarer å bygge gode relasjoner med den enkelte pasient, og gruppen i sin helhet. Tilrettelegging av det fysiske miljøet rundt pasienten, så det blir oversiktlig og forutsigbart, bidrar til mestring og skaper trygghet i for eksempel stellesituasjonen. (Holthe, 2008).

Pasienten kan ha en uro og rastløshet i form av vandring eller annen atferd som er vanskelig for omgivelsene å forstå, dette kan enkelte ganger ha sammenheng med pasientens livshistorie, for eksempel tidligere yrke. Sykepleier må også observere pasientens tilstand, da smerter eller infeksjoner er vanlige årsaker til uro. I denne fasen er også psykotiske symptomer som

mistenksomhet, syn- og hørsels hallusinasjoner ofte tilstede. (Engedal & Haugen, 2009; Rokstad, 2008).

Svekket oppmerksomhet viser seg først og fremst som nedsatt evne til holde fokus over tid eller dele oppmerksomheten med flere ting samtidig. I situasjoner hvor det skjer flere aktiviteter, som for eksempel i stell, opplever pasienten utrygghet og forvirring. Kommunikasjon og samhandling kan da bli en utfordring, og det blir viktig at sykepleier er bevisst sine handlinger for å unngå tvang. (Fermann, 2012).

Språkvansker med ulike typer afasi vil gjøre at enkelte pasienter ikke klarer å kommunisere verbalt, mens andre kan utvikle apraksi eller agnosi som gjør at praktiske handlinger eller orientering i tid og rom blir vanskelig. Alle sansene kan ha ulike grader av svikt, men syn -og hørselsagnosi blir ekstra synlige i dagliglivets aktiviteter hos personer med demens (Engedal & Haugen, 2009). Selv om syn og hørselssansen er redusert, kan pasienten for eksempel føle berøring eller oppleve stemmeleie eller ansiktuttrykk, noe som blir vesentlig for sykepleier å være bevisst når hun hjelper pasienten i stellesituasjoner (Holthe, 2008).

Når pasienten ikke lenger klarer å uttrykke seg verbalt vil ofte andre former for kommunikasjon overta, som roping og uartikulerte lyder eller bruk av kroppsspråk. Hvis omgivelsene ikke forstår pasienten vil han ofte uttrykke seg gjennom aggressiv atferd. Ved at sykepleier er tilstede og retter oppmerksomheten mot pasientens opplevelse av situasjonen, kan bruk av tvang unngås (Rokstad, 2008).

3.1.2 Alvorlig grad av demens.

Alvorlig grad av demens er preget av handlingssvikt, og pasienten har behov for kontinuerlig hjelp hele døgnet og er som regel på sykehjem.

Svekket evne til å kunne orientere seg om tid, hvem man er eller hvilken familie man har og intellektuelle evner vil etter hvert bli så svekket at pasienten kun vil huske korte øyeblikk fra sitt tidligere liv (Engedal & Haugen, 2009, s.22).

Etter hvert som sykdommen utvikles vil personlighetsendringer og følelses -og atferdsmessige symptomer forsterkes, for å forstå pasientens atferd må sykepleier evne å sette seg inn i hvordan pasienten opplever situasjonen. Samhandling i stellesituasjoner som er preget av empati og kommunikasjon og er tilpasset pasientens sykdomstilstand, bidrar til mindre bruk av tvang (Rokstad, 2008, s. 183).

3.2 Tvang.

Den juridiske definisjonen av tvang er fravær av samtykke (Helse –og omsorgsdepartementet, 2006).

Nasjonalt kompetansesenter for demens definerer tvang slik:

Bruk av redskap som hindrer pasientens bevegelsesfrihet eller tilgang til egen kropp, fysisk holding ved undersøkelse, behandling og i forbindelse med omsorgstiltak, overvåking med elektroniske hjelpemidler og tilsetting av medisiner i mat og drikke som utøves daglig eller av og til (Engedal, Kirkevold, Eek & Nygård, 2001, s. 6).

Tvang i demensomsorgen må sees i et juridisk perspektiv, men også som en faglig og etisk utfordring. (Johnsen & Smebye, 2008).

Demenssykdom svekker over tid evnen til å planlegge, ta beslutninger og til å gi sitt samtykke, og man kan etter hvert miste det man kaller samtykkekompetanse. Helsehjelp kan gis til personer som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg nødvendig helsehjelp når det er fattet lovlig vedtak (Nortvedt, 2012).

3.2.1 Hva sier lovverket.

Pasient- og brukerrettighetsloven er til for å sikre at pasienter og brukere får samme tilgang på helse og omsorgstjenester. Loven skal også bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og

omsorgstjenesten. Den skal bidra til at pasientenes liv, integritet og menneskeverd blir beskyttet (Pasient og brukerrettighetsloven med kommentarer, 2015).

Formålet med reglene i Pasient og - brukerrettighetsloven 4A, er å sikre nødvendig helsehjelp til pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen samt forebygge og begrense bruk av tvang. Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett. § 4A-3 sier at før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, må tillitsskapende tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999).

Pasienten kan vise motstand både verbalt og fysisk. Når sykepleieren har kjennskap til pasienten historie og er faglig kompetent, vil det være lettere å tolke reaksjonene til pasientens grunner for motstand. Utgangspunktet for kapittel 4A er at pasienter i størst mulig grad skal få den helsehjelpen som de antas å ville ha takket ja til dersom de hadde hatt samtykkekompetanse. Den som tar avgjørelse om å gi helsehjelp til en pasient som motsetter seg helsehjelpen, plikter å ta avgjørelsen på faglig forsvarlig grunnlag (Pasientrettighetsloven, 1999).

Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten (2003) har som formål å bidra til å sikre at personer som mottar pleie og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialhelsetjenesteloven, får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for den enkeltes selvbestemmelse, egenverd og livsførsel. Forskriften nevner spesielt tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov.

Tilrettelegging krever at sykepleier som kjenner pasienten lager en plan for hvordan stell, måltider på dag og kveldstid skal gjennomføres på en slik måte at autonomi og spesielle behov blir ivaretatt (Engedal & Haugen, 2009, s.390).

3.3 Etisk og faglig refleksjon.

Å reflektere betyr «å vende tilbake» til noe. Sykepleier tenker tilbake på en erfaring eller opplevelse, om hva som var bra og hva som kunne vært gjort på en annen måte, for eksempel i et morgenstell (Kristoffersen, 2011).

Sykepleiere møter daglig vanskelige valgsituasjoner og etiske dilemmaer i sitt arbeid med personer med demens. Faglige refleksjoner kan bidra til å forebygge tvang, og gjøre sykepleieren bevisst sine holdninger slik at omsorgen blir preget av prinsippene om medbestemmelse og individualisering (Johnsen & Smebye, 2008).

Hvis sykepleiere i sykehjem skal utvikle sin kompetanse må det gis mulighet og legges til rette for å utvikle kunnskap om demenssykdommer og atferd og det må settes av tid til refleksjon over egen praksis (Rokstad, 2008).

Eide og Eide (2007, s. 51) sier at etisk bevissthet er en forutsetning for å yte god omsorg, og for å skape god kommunikasjon må sykepleier reflektere over etiske spørsmål som hun blir konfrontert med i praksis.

Når pasienten motsetter seg hjelp vil det være avgjørende for hvordan sykepleier tilnærmer seg situasjonen, om hun bruker tvang eller ikke. Refleksjon i handlingen kan gjøre at hun endrer måten hun samhandler med pasienten på, og det vil kunne føre til at pasientens autonomi blir i varetatt (Rokstad, 2008).

3.3.1 Autonomi og velgjørhetsprinsippet.

Autonomi, brukes om pasientens og sykepleierens selvbestemmelse. Mennesket har krav på respekt og dermed selvbestemmelse. Autonomi som prinsipp vil si at pasientens ønsker og behov bør bli respektert når sykepleiefaglige avgjørelser skal besluttes (Slettebø, 2013). Demenssykdom kan gjøre at pasienten er kompetent til å ta noen avgjørelser, men ikke forstår konsekvensene av

sine valg. Hvis samhandlingen mellom pasient og sykepleier skal skje med respekt for at pasienten er et voksent menneske med selvstendige meninger, er det en forutsetning at forholdet er likeverdig. Dette kan enkelt ganger være en utfordring fordi pasienter med demenssykdommer ikke alltid evner å ta autonome valg (Berentsen, 2008).

At en person mangler samtykkekompetanse på enkelte felt innebærer ikke at personen automatisk mangler slik kompetanse på alle områder. Det må foretas en vurdering av hvilke områder pasienten ikke har samtykkekompetanse på (Kirkevold, 2008).

Hos pasienter med demens er korttidshukommelsen redusert, noe som kan ha betydning i forhold til at vedkommende glemmer hva han har sagt og skifter mening i løpet av kort tid (Rokstad, 2008).

Miljøet rundt en pasient med demenssykdom må gi mulighet til selvbestemmelse i aktiviteter og stellesituasjoner gjennom å gi støtte, forståelse og trygghet, når usikkerhet og forvirring preger pasienten (Engerdal & Haugen, 2009, s. 294).

Velgjørhetsprinsippet vil si at man handler til det beste for pasienten. Tanken om å både ville og etter beste evne gjøre det beste for pasienten. (Nordtvedt, 2012, s. 96).

I yrkesetiske retningslinjer § 2.1 står det følgende: Sykepleieren viser omsorg for alle som lider. Dette kan sees i relasjon til velgjørhetsprinsippet som er viktig å forstå ut i fra tanken om et oppriktig ønske om å gjøre det beste for pasienten.

Ikke- skade prinsippet og velgjørhetsprinsippet er sentrale i behandling - og pleiesammenheng. Det handler om å utføre sykepleiehandlinger så skånsomt som mulig, slik at pasienten påføres minst mulig lidelser (Nortvedt, 2012).

For å utøve nær og omsorgsfull samhandling i blant annet stellesituasjoner er sykepleierens holdninger og kunnskap avgjørende for fremme tillitt og integritet (Johnsen & Smebye, 2008).

Ved å basere demensomsorgen på et verdigrunnlag som verdsetter pasienten som et fullverdig menneske, med rettigheter på lik linje med andre mennesker i samfunnet, vil konsekvensene blant annet observeres gjennom større grad av trivsel og velvære (Rokstad, 2008).

3.4 Joyce Travelbees sykepleieteori.

Travelbee (2005) vektlegger det unike og mellommenneskelige aspektet i møte med personer og hun ser på sykepleie som en interaksjonsprosess der utvikling av relasjoner i et likeverdig forhold står sentralt.

Hun er opptatt av at mennesket er enestående, og hun hevder at sykepleier må forstå hva som foregår mellom pasient og sykepleier. I sin definisjon sier hun at «sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig, å finne mening i disse erfaringene» (Kirkevold, 2003, s.113).

Travelbee deler menneske-til-menneske forholdet i ulike faser. I den første fasen er sykepleierens viktigste oppgave å se forbi det stereotypiske og se det særegne ved pasienten. Empati, fremmes av lignende erfaringer, og et ønske om å forstå den andre personen sin psykologiske tilstand her og nå. Dette kan være utfordrende når pasienten har en demens diagnose og tankegangen kan være vanskelig å følge. Sympati uttrykkes ofte gjennom den måten man omgås andre og utfører sykepleie på. Den siste fasen er et resultat av de tidligere fasene, opprette en nær, gjensidig forståelse og kontakt mellom sykepleieren og pasienten (Kirkevold, 2001, s.118).

Travelbee mener at kommunikasjon er et av de viktigste redskapene sykepleier har, og presiserer at det er et middel i interaksjonsprosessen for å lære pasienten å kjenne, og for å identifisere og ivareta dennes behov for sykepleie. Kommunikasjon er en komplisert prosess der mennesker formidler tanker og følelser til hverandre, og god kommunikasjon krever ferdigheter og kunnskap som anvendes med sensitivitet og på riktig tidspunkt (Kirkevold, 2003, s.19).

Personer med demens trenger relasjoner som gir trygghet og er støttende i forhold til å føle seg verdsatt. Travelbees teori er derfor relevant å støtte seg til i demensomsorgen, fordi kommunikasjon, relasjon og enkeltindividet er i fokus. Samhandling mellom sykepleier og pasient står sentralt i hennes tenkning, og det oppnås ved å bruke seg selv terapeutisk, ved målrettet intellektuell tilnærming, og ved hjelp av kommunikasjon (Kirkevold, 2003).

4.0 PRESENTASJON AV FUNN.

1. Management of person with dementia with aggressive and violent behaviour: a systematic literature review.” Forfattere: Ingela Enmarker, Rose Olsen, Ove Hellzen (2010).

Studiet beskriver ut ifra et sykepleieperspektiv faktorer som kan utløse utagerende atferd hos personer med demens i sykehjem og finne ulike tilnæringsmåter for å redusere og håndtere adferden. De vanligste årsakene til aggressiv atferd i sykehjem var i forbindelse med personlig stell og påkledning. Personlig stell som innebærer berøring, kan oppleves som smertefullt og når pasienten ikke klarer å kommunisere, er irritabilitet, griping og slåing et uttrykk for dette.

Opplæring i personsentrert omsorg viste at personalet ble flinkere til å være sensitive overfor pasientens signaler om nær/forestående aggresjon. Tidligere ble slike signaler ofte ignorert, da de ikke forsto at aggresjonen var en menneskelig reaksjon på ikke å bli forstått, på grunn av manglende evne til å kommunisere egne behov.

Helsepersonell som benytter seg av en personsentrert tilnæringsmåte har positive og gode holdninger til strategier basert på mellommenneskelig tilnærming og blir uttrykt som svært viktig i denne studien. Dette er den mest optimale metoden for å redusere utagerende atferd hos pasienter med demens i sykehjem fastslår forfatterne.

2. «Pleiepersonells erfaringer med å hjelpe personer med demens i personlig stell».

Forfattere: Marit Helene Hem, Elisabeth Gjerberg, Reidar Pedersen, Reidun Førde (2010).

Deltagerne i dette studiet synliggjør at de står i en krevende hverdag, der grensene mellom frivillighet og tvang ofte er uklare, og frivillige situasjoner kan raskt vippe i retning av tvang. Motstand kan ligge mer i måten ting gjøres på enn motstand mot selve handlingen, og kan være avgjørende for samhandlingen. Pleierne i dette studiet snakket lite om å etablere relasjon og kontakt, men hadde stor oppmerksomhet på hvordan de skulle få gjennomført oppgaver som de

mente måtte gjøres, for eksempel dusj, tannpuss og negleklipping. Artikkelen konkluderer med at dette kan være problematisk i forhold til lovverket som krever at det er fattet et lovlig vedtak.

3. «Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen. Pleieres perspektiv».

Forfattere: May Karin Rognstad, Dagfinn Nåden (2011)

Personalet ble intervjuet om deres opplevelse av arbeidssituasjonen, i forhold til pasienter med demens og utfordrende atferd. Resultatene ble delt i tre temaer, to av de er relevante her.

Balanse mellom makt og autonomi. Informantene understreket at pasientene skulle føle seg ivaretatt av personalet, slik at de kunne beholde sin verdighet. Personalet sto overfor omfattende etiske dilemmaer når de på den ene siden følte seg forpliktet til utføre tvangstiltak, mens autonomiprinsippet og menneskeverdet hvilte på den andre siden. De var klare på at selv om pasientene var syke, skulle de ha rett til medbestemmelse.

Spesiell kompetanse for mestring av utagerende atferd var et sterkt ønske fra personalet. De var meget tydelig på at de hadde behov for praktisk trening og kursing i å håndtere utagerende atferd, men også veiledning i etikk, verdighet og autotomi.

Personalet trakk fram evnen til å kunne være rolig og inngi tillit og trygghet i pasientrelasjonene. Det ble understreket at «å lese» pasienten var viktig, slik at kunne de unngå å framprovosere uro og aggresjon.

Det siste temaet handlet om at personalet følte seg mislykket i pasientarbeidet når pasientene slo og sparket, kløp og spyttet. Noen ble også redde og slitne av en svært krevende arbeidssituasjon.

4. The ethics of coercive treatment of people with dementia

Forfattere: Eva Lejman, Margareta Westerbotn, Ulrika Pøder and Barbro Wadensten (2012).

Tre ulike sykepleiestrategier kom frem i analyse av denne studien, to av de nevnes her, og omhandler hvordan god og trygg pleie kan sikres og verdighet opprettholdes, uten å krenke pasientenes integritet.

Sykepleiestrategi for å forhindre tvangsbehandling. De viktigste funnene for å forebygge tvang, var blant annet å skaffe seg informasjon om livshistorien til pasientene. Dette var en vesentlig forutsetning for å tilpasse hensiktsmessige strategier innen demenspleie. Kunnskap hos personalet om demenssykdom og behandling var et annet viktig funn. De ansatte visste godt hvordan de skulle tilnærme seg engstelige pasienter og trengte ikke bruke makt i omsorgssituasjoner.

Sykepleiestrategi med tvangsbehandling under spesielle forhold. Sykepleierne mente at de handlet med god intensjon, at det var til pasientens beste, fordi det forhindret han i for eksempel å falle eller bli skadet. De var klar over at handlingene ikke var legitime, men følte at de fortsatt måtte bruke slike tiltak i bestemte situasjoner, og sa pasienten ble informert om at tiltakene ble gjennomført for hans egen sikkerhet. Denne strategien ble også brukt i stellesituasjoner, selv om det ikke stod om liv og helse. Blant de ansatte var det ingen diskusjon rundt ressurser eller kompetanse.

Det var stor forskjell mellom de to sykepleiestrategiene som omfattet tvangsbehandling og dette ble relatert til kunnskap og /eller tilstrekkelig bemanning.

Studien konkluderer med at person-sentrert omsorg og alternative tilnærminger er nødvendig for å gjennomføre hensiktsmessige sykepleiestrategier i omsorgen for personer med alvorlig demens i sykehjem.

5. The battle for beneficence – nurses' experience of the use of coercion in dementia care. Forfattere: May-Hilde Garden, Solveig Hauge (2012).

Funnene i dette studiet kom frem til hvordan bruken av tvang påvirker sykepleiernes opplevelser i forbindelse med bruk av tvang i hverdagslige omsorgssituasjoner. De beskriver blant annet opplevelsen av ikke å « nå frem til » og ikke forstå pasienten. Til tross for at sykepleierne først prøvde individuell tilrettelegging, og informerte om hva som skulle skje, endte det med at de ikke så noen andre muligheter enn å bruke tvang, fordi de ikke fikk pasienten til å forstå hva de ønsket å gjøre. Trange rammer som mangel på ressurser og kompetanse ble beskrevet av sykepleierne som en viktig medvirkning til bruk av tvang. Sykepleierne gav også uttrykk for at kunnskap og erfaring var betydningsfullt når det gjaldt å finne frivillige omsorgstiltak. Studien konkluderer

med at sykepleierens holdning og evne til å nå og forstå pasienten i hverdagen, påvirket bruken av tvang.

6. ” Time ethics for persons with dementia in care homes”. Forfattere: Veslemøy Egede-Nissen, Rita Jakobsen, Gerd S. Sellevold (2013).

Studiet utforsket hvilke erfaringer sykepleierne hadde med å gi god omsorg for personer med demens og hvilke egenskaper som skal til for å gi god omsorg.

Opptre indirekte og direkte til nytte for pasienten: Sykepleierne ga uttrykk for at det var viktig å ha tid til å snakke sammen om pasienten og avlaste hverandre når de selv var stresset. Finne ro når det var travelt og likevel kunne gi omsorg slik at pasienten fikk ivaretatt sin selvbestemmelse. De mente at fleksibilitet var vesentlig for å unngå tvang. God omsorgspraksis var knyttet til en fleksibel tidsrytme, å kunne avvente til pasienten var klar for stell, og gi en myk start på dagen. Forsiktighet i tilnærming til hverdagsoppgaver. Det ble også vektlagt at for å støtte og trøste var det viktig å kjenne pasientens livshistorie.

7. «How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study».

Forfattere: Elisabeth Gjerberg, Marit Helene Hem, Reidun Førde and Reidar Pedersen. (2013).

Studien viste at sykepleierpersonalet vanligvis brukte mye tid på å prøve et bredt spekter av tilnærminger for å unngå bruk av tvang. De vanligste strategiene var avbøyning og overbevisende strategier, begrensende valg ved bevisst bruk av språk, ulike typer fleksibilitet og en-til-en-omsorg. Ifølge personalet er deres muligheter til å bruke alternative strategier effektivt, sterkt påvirket av sykehjemmets ressurser, organisering av omsorgen og personalets kompetanse.

I tillegg vektlegges betydningen av å opparbeide tillitt og god relasjon til pasienten, da dette inspirerte til mindre motstand og aggresjon.

8. «Like a Dance»: Performing Good Care for Persons with Dementia Living in Institutions. Forfattere: Kristin Mjelde Helleberg, Solveig Hauge (2014).

Funnene viser at det som kjennetegner god sykepleie til pasienter med utagerende adferd avhenger først og fremst av forholdet mellom pasienten og omsorgspersonen. Tre hovedfunn som beskriver god omsorg:

Å finne: identifisere pasientens personlige egenskaper, tilstand og behov. Få så mye kunnskap om pasienten som mulig, inkludert hans livshistorie.

Å følge: velge riktig tid og tempo og å tilpasse seg pasientens følsomhet. Bruke mulighetene, de «gylne øyeblikkene», være forberedt på å gripe inn i situasjoner som raskt endret seg.

Å lede: være i forkant og være forberede på endringer i pasientens tilstand under stellet. Forsikre pasienten om at de hadde god tid, det skapte ro og sikkerhet rundt pasienten. Velge riktig tidspunkt for å handle, for eksempel vente med morgenstellet.

En samlet tolkning av funnene, er beskrevet av metaforen; der god omsorg kan sammenlignes med en dans mellom pasienten og omsorgspersonen.

9. «God omsorg for urolige personer med demens». Forfattere: Karin Elisabeth Thorvik, Kristin Helleberg, Solveig Hauge (2014).

Studiet ønsket å utforske hva god omsorg er for personer med demens. Det kommer frem i funnene at ved alltid å være beredt til å hjelpe pasienten på en god måte, fange de «gylne øyeblikkene», så vil pasienten oftere motta hjelp uten å yte motstand.

Kjennskap til pasienten, kunnskap om grunnleggende behov (både fysisk og psykososial) og demenssykdommer viste seg å være vesentlig for å kunne tolke og hjelpe pasienten.

Fleksibilitet, først og fremst rettet mot pasienten og hans ønsker. Evnen til å bevare roen når ting ble kaotisk og heller prøve å se meningen i det som skjedde. Tåle rutinebrudd, se på rutiner mer som en fleksibel ramme.

Kjennskap til kollegaenes kompetanse, det å kunne spille på hverandre hvis man sto i utfordrende situasjoner.

10. «Makt og tvang i stellesituasjoner». Forfattere: Jorunn Smit, Sigrun Hvalvik (2015).

Dette litteraturstudiet belyser ulike sider om tvang i stellesituasjoner ovenfor personer med demens og forfatterne viser til flere studier som har kommet frem til følgende tre temaer som hadde innvirkning på forebygging av tvang.

Betydningen av kunnskap om demens og deres reaksjoner: Kunnskap om personens livshistorie og om personer med demens og deres reaksjoner ble sett på som en forutsetning for å forebygge aggressiv atferd. Bruk av tvang som følge av motstand oppstod ofte når pasienten trengte hjelp til personlig hygiene og dusj. Pasientens frustrasjon og manglende forståelse gjorde samhandlingen vanskelig. Kunnskap og erfaring om alternative strategier som «lirking og overtalelse», men også mellommenneskelige tilnærming var viktige faktorer for å forebygge tvang. Å oppnå tillit og benytte seg av individuell tilnærming, samt bli kjent med pasienten er grunnleggende for å forstå hva som ligger bak motstanden.

Betydningen av fleksibilitet: Her vises det til flere studier som sier at fleksibilitet er vesentlig for å ivareta pasientens frivillighet og selvbestemmelse. Fordi humøret til pasienten kan endre seg raskt, og med det hele stellesituasjonen, kan alternativene være å prøve igjen senere, skifte personell eller bruke en til en omsorg.

Betydning av sykehjemmets ressurser: Tilstrekkelig tid og bemanning er avgjørende for å ivareta pasientens selvbestemmelse, og for å unngå bruk av tvang. Betydningen av sykepleiers kompetanse ble fremhevet, sammen med tilstrekkelige ressurser samt bevissthet og erfaring med bruk av alternative strategier. (Se også vedlegg 2 for ytterligere presentasjon av artiklene).

5.0 DRØFTING

Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge bruk av tvang hos personer med demens i sykehjem?

4.1 Livshistorie og verdighet.

For å lykkes å gi pasienten den pleie og omsorg som han har behov for, er det vesentlig å kjenne til pasientens tidligere liv, væremåte og vaner, men også nåværende situasjon sier Thorvik, Helleberg og Hauge (2014).

Når Rokstad (2008) og Engerdal og Haugen (2009) beskriver demens som en kognitiv svikt der tapt hukommelse påvirker evnen til å utføre praktisk funksjoner, er det dette de viser til, når de senere hevder at sykepleier må ha god kjennskap til både livshistorie og sykdom i alle omsorgssituasjoner.

Kjennskap til pasientens livshistorie, verdier og tidligere interesser kan være til stor hjelp for å bidra til at pasienter med demens kan utøve innflytelse i eget liv, for eksempel gjennom samhandling, sier Johnsen & Smebye (2008). Dette bekrefter Garden og Hauge (2012) i sin forskning når de sier at det kan være enklere å finne tiltak som pasienten kan akseptere i stillesituasjoner når sykepleieren kjenner pasientens livshistorie. De også får støtte av Lejman, Westerbotn, Pøder og Wadensten (2013) som i sin studie kom frem til tre ulike funn, der en av de var sykepleiestrategier som forhindret bruk av tvang. De mente forutsetningen for å tilpasse hensiktsmessige strategier innen demenspleien, er å bruke livshistorien til pasienten.

Smith og Hvalvik (2015) er enige i at kunnskap om pasientens livshistorie er viktig for å forebygge tvang, men mener også at sykehjemmets ressurser spiller en stor rolle for å lykkes i alternative strategier i utfordrende situasjoner. Dette forteller også et annet funn i Lejman et al.

(2013) sin forskning, som viser til sykepleiestrategier som involverte tvang, der utilstrekkelig bemanning og lite faglig kompetanse ble relatert til handlingene der tvang ble brukt.

Et av formålene med pasient – og brukerrettighetsloven (1999) er å sikre at pasientens verdighet og integritet opprettholdes. Det er ikke etisk forsvarlig hvis pasientens verdighet og integritet krenkes under utøvelse av helsetjenester. Slettebø (2013) påpeker at å respektere menneskeverdet og pasientens integritet som grunnleggende verdier er essensielt, og får støtte av Rokstad (2008) som sier at demente har samme behov som andre mennesker til å bli behandlet med respekt og verdighet, og bli forstått som den personen man er, dette skaper trygghet og tillitt til omgivelsene. Ved å møte pasienten og hans atferd med anerkjennelse sier Garden og Hauge (2012), kan tvang i omsorgssituasjoner reduseres.

En pasient som jeg daglig hjalp med å utføre morgenstell var alltid nøye med å håndhilse og presentere seg, og det tok litt tid mens han møysommelig reiste seg opp av sengen for å hilse. Men det var tydelig at dette var svært viktig for ham, og at det handlet om identitet og selvrespekt. Selv om han var pleietrengende og prisgitt andres omsorg, startet dagen hans på en slik måte at han hadde sin verdighet og integritet i behold.

Når sykepleierne kjenner pasienten sin livshistorie og vet hva som er viktig for at han skal føle verdighet, opplever de at han gjør mindre motstand og samhandlingen blir gjensidig, der likeverd og respekt står sentralt (Rokstad, 2008), dette bekrefter mine erfaringer.

Smit og Hvalvik (2015) fant i sin forskning ut, at å se personen med demens som et menneske med en livshistorie er betydningsfullt i forhold til sykepleier sine holdninger. Hvis hun er mer opptatt av oppgaver enn selve mennesket kan det føre til mer tvang. Dette er i overensstemmelse med Travelbee som sier at hvis sykepleieren ikke «ser» mennesket i pasienten, vil omsorgen bli upersonlig og mekanisk (Kristoffersen, 2011, s. 220).

Rundskriv IS-8/2015 sier også at helsepersonell som kjenner pasienten vil lettere kunne yte helsehjelp uten at pasienten yter motstand, og tillegg har de ofte nyttig kunnskap om hvordan pasienten kan motiveres for å motta helsehjelpen (Helsedirektoratet 2015, s. 106). Rokstad (2008) på sin side, hevder at pasienten trolig vil være mindre komfortabel med å ta imot helsehjelp når

sykepleieren har lite kjennskap til pasienten, og det vil være vanskeligere å etablere tillitt. Situasjonen kan oppleves som en trussel for pasienten og kan bidra til å fremprovosere utfordrende atferd.

Egen erfaring har vist, at når pasientens historie og vaner er kjent, går stellesituasjonen lettere, fordi jeg kan kommunisere rundt hendelser som er gjenkjennende og som bekrefter pasientens identitet og verdighet. Det er til stor hjelp når sykehjemmet bruker bakgrunnskjema som inneholder opplysninger om pasientens liv, hva han har arbeidet med, hobbyer, navn på familiemedlemmer og hva som gjør ham glad eller engstelig og sint, fordi da kan jeg hjelpe pasienten med «å huske».

I et av funnene til Gjerberg, Hem, Førde og Pedersen (2010) understreket sykepleierne betydningen av å forstå om det var noe i pasientenes historie som kunne forklare motstanden og atferden deres, i blant annet stellesituasjoner. Det ble lagt vekt på at det å skape et tillitsfullt forhold, som var en forutsetning for å hindre bruk av tvang, noe som bekrefter min erfaring.

4.2 Tillitsskapende tiltak.

Tvang i stellesituasjoner skjer til tross for at det står formulert i Pasientrettighetsloven § 4A-3, at «Før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, må tillitsskapende tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette».

På den annen side er det vanskelig å definere hva som kan være tillitsskapende tiltak, og at det vil også variere ved ulike tilfeller. Vennlighet, god kommunikasjon og ved å ta seg god tid er et generelt utgangspunkt for tillitsvekkende tiltak, mener Engerdal og Haugen (2009).

Smebye og Johnsen (2008, s. 220) hevder på sin side at tillitsskapende tiltak vil være det samme som en god faglig tilnærming til pasienten og de sier videre at sykepleieren gjennom tillitt og god samhandling kan unngå bruk av tvang. Travelbee derimot hevder det viktigste er å forstå hva som foregår mellom pasient og sykepleier, at forholdet er en prosess og et middel til å oppfylle den

sykes behov for pleie (Kirkevold, 2003 s.116). Kjennskap til livshistorien og evnen til innlevelse er nødvendig for å forstå pasientens situasjon, mener Rokstad (2014), og får støtte av Garden og Haugen (2010) som i sin studie fant at ved å integrere kunnskap om pasientens livshistorie med den aktuelle situasjonen, kan sykepleier ta utgangspunkt i pasientens egen opplevelse av sin livsverden.

I min første praksisperiode ble jeg kjent med en pasient som vanligvis ikke viste utagerende atferd, men han ble alltid sint når han ble vekket for å gå på badet og stelle seg, helt til datteren fortalte at faren i alle år hadde kost seg med kaffe og dagens avis før han stelte seg. Ved å legge om rutinene slik han var vant med, ble morgenstellet en hyggelig start på dagen.

Helsedirektoratet (2015) sier at de viktigste tiltakene bygger på at sykepleier må finne ut årsaken til motstand, og pasientens tidligere uttrykte ønsker og verdier må langt på vei tas hensyn til. Sykepleierens kunnskap om demens og pårørendes kjennskap til pasienten er av stor betydning for å bruke tillitsskapende tiltak.

Tvang skjer ofte i omsorgen for personer med demens, spesielt i stell og behandlingssituasjoner, og skaper mange etiske dilemmaer som kan være vanskelige å stå i for sykepleieren, men først og fremst er det et stort problem for pasientene som opplever dette sier Johnsen og Smebye (2008). Hem, Gjerberg, Pedersen og Førde (2010) fant i sin studie ut at grensen mellom frivillighet og tvang ofte er hårfin, og at tvang kan utøves uten at sykepleier er helt klar over situasjonen eller hvordan man skal handle i der og da, og slike situasjoner innebærer etiske, faglige og juridiske vanskeligheter.

Det er nærliggende å spørre seg om det er mulig å utføre tvang uten å være klar over det. Min egen erfaring er at de som utfører tvang, ofte begrunner det med at det er «til det beste» for pasienten. Når Nortvedt (2012) beskriver velgjørenhetsprinsippet som at sykepleier gjør det beste for pasienten, er det slik jeg ser det, ut i fra pasientens opplevelse. Dette er i tråd med Yrkesetiske retningslinjer (2011), som sier at sykepleier viser omsorg for alle som lider, uansett årsak til lidelsen.

Som nevnt tidligere, er det dokumentert at tvang forekommer hyppigere i sykehjem enn hva som kan forsvares faglig, og både velgjørenhets – og ikke skade prinsippet er viktige fundamentet i stellesituasjoner for å redusere bruk av tvang, slik jeg ser det.

I studiet til Garden og Hauge (2012) uttaler sykepleierne at tvang oftest ble utført ved å holde pasienten fast eller føre ham til et sted han ikke ville, noe som gjorde at han ble aggressiv og voldelig. Min erfaring er at når det skapes en god atmosfære, ved å bruke en vennlig og rolig stemme, og sørge for at det er godt og varmt på rommet, deltar pasienten oftere frivillig både i dusj og stellesituasjoner. Deltagerne i Helleberg og Hauge (2014) sin studie mente også at å gjøre stellet komfortabelt, med varme på badet og at de klarte å skape ro og stillhet, var en viktig dimensjon for god omsorg der pasienten gjorde motstand. Enmarker, Olsen og Hellzen (2011) har samme erfaring fra sin studie, hvor de fant at personsentrert tilnærming, spesielt i stellesituasjoner reduserer utagerende adferd. De presenterer eksempler på hvordan sykepleieren gjennom å ivareta respekt for pasienten, tildekker ham med varme og gode håndklær i en stelle/bade situasjon, noe som fører til mindre ubehag og da også redusert aggresjon. Dette er i tråd med Rokstad (2008) når hun sier at samhandling som er preget av empati og tilpasset kommunikasjon bidrar til mindre bruk av tvang, og som er sammenfallende med Travelbee (2005) som hevder at, i forholdet mellom sykepleier og pasient, er samhandling noe av det som står sentralt og hun vektlegger menneske til menneske forholdet, der er viktig å se forbi det stereotypiske, og oppdage det særegne ved pasienten. Hun vektlegger utvikling av relasjoner i et likeverdige forhold mellom sykepleier og pasienten i all samhandling.

Motstand kan ligge mer i måten ting gjøres på enn motstand mot selve handlingen. I følge Hem et al. (2014) må man nærme seg pasienten med respekt for å identifisere den enkelte sitt omsorgsbehov. Ved at pasienten føler seg engstelig og forvirret vil dette naturligvis føre til motstand. Holthe (2008) er opptatt av at demente fortsatt har behov for å kommunisere selv om språket ikke lenger er intakt. Når sykepleier bruker tid og er tydelig i sitt kroppsspråk gjennom blick og bevegelse, blir det ofte tolket av demente, mer enn hva vi sier.

Berentsen (2008) stiller spørsmål om når det er rett å hjelpe en pasient som motsetter seg stell, og hevder at selv langt ut i sykdomsforløpet kan pasienten ta autonome valg i enkelte situasjoner, at misforståelser mellom pasient og sykepleier ofte er årsak til at tvang blir utført. Dette er i tråd med Rokstad (2008) som hevder at pasienter med demenssykdom er i stand til å ta avgjørelser i

enkelte situasjoner, men utfordringen ligger i at sykepleier ikke alltid vet når pasienten evner å ta egne valg.

Når Hem et al. (2010) hevder at de praktiske sykepleieroppgavene noen ganger må vike for å skape trygge relasjoner, er det fordi det kan være med på å skape delaktighet og frivillighet for pasienten. Deres studie viste at hvis pasienten motsatte seg, var sykepleierne opptatt av fleksibilitet i samhandlingen og brukte ulike strategier som; å prøve senere, eventuelt at en annen sykepleier overtok i stedet. Hensikten med å organisere tjenestetilbudet fleksibelt er at det skal gi pasientene god kvalitet på pleie og omsorgstilbudet, heter det i Forskriften om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten (2003). Det er ikke alltid at en person føler seg parat til å stå opp eller dusje, og et vesentlig funn i studiet til Thorvik et al., (2014) er å være fleksibel, de beskriver det å tåle rutinebrudd, prøve igjen senere, eller be om hjelp fra en kollega som vesentlig for å gi god omsorg til pasienter med demens. Helleberg og Hauge (2014) sine funn, handler først og fremst om å klare å skape «flyt» og god stemning under morgenstellet, ved å velge riktig tidspunkt og et tempo som passer pasienten, og hele tiden vise våkenhet om hva pasienten forsøker å uttrykke og tilpasse seg ut i fra det.

Begge studiene viser at å ha god kunnskap om menneskers grunnleggende behov, både fysisk og psykososialt har stor betydning for hvordan sykepleieren tolker pasientens behov og ønsker. Egen erfaring er at jeg kan observere mye ut i fra å lese ansiktsuttrykk og kroppsspråk til pasienten, og Eide og Eide (2012, s.18) sier at hvordan vi tolker andres signaler, skaper grunnlag for både tillitt og mistillit, samhandling og konflikt. Men utfordringen blir å finne ut hva pasienten prøver å formidle, når demenssykdommen utvikles og personlighet og atferd og endres mener Engerdal og Haugen (2009).

Thorvik et al. (2014) mener å ha funnet et relevant punkt som de kaller å være beredt til å hjelpe pasienten på en god måte. Ved å se etter de «gylne øyeblikkene», har sykepleier mulighet til å utnytte situasjon til pasientens beste, sier Rokstad (2014, s. 47) og viser i sin bok til Nortvedt og Grimen, sin beskrivelse av sensibilitet, som evnen til å sanse og være følsom ovenfor pasientens situasjon, her og nå. Dette er etter min oppfatning, i tråd med Kristoffersen (2011, s.178) som beskriver at årvåkenhet og varhet, sammen med kunnskap og erfaring utgjør sykepleierens

kliniske blikk. Ved å bruke sitt kliniske blikk, evner sykepleier i samhandlingen under stell med pasienter med demens, å sanse og forstå utover det som er åpenbart i situasjonen.

I studiet til Egede-Nissen, Jacobsen, Sellevold og Sørli (2012), uttrykte helsepersonellet at god omsorgspraksis var knyttet til en fleksibel tidsrytme, slik at pasienten selv kunne være med å bestemme over sin egen hverdag. Fleksibilitet er vesentlig for å finne gode tidspunkt for samhandling med pasienten, men også en forutsetning for å ivareta pasientens selvbestemmelse. Både Holthe (2008) og Engerdal og Haugen (2009), mener at struktur og planlegging er viktig i demensomsorgen, men at sykepleier må være fleksibel i sitt møte med den enkelte pasient for at autonomi og individuelle behov skal bli ivaretatt. Ved å ha kjennskap til pasientens ønske gjennom å hente informasjon fra pårørende eller at pasienten har skrevet dette selv tidlig i sykdomsforløpet, vil det være lettere å være fleksibel og med det imøtekomme pasientens behov, sier Rokstad (2008).

Egede-Nissen et al. (2012) vektlegger tid i morgenstellet som en viktig faktor for å unngå tvang og uro, og i samhandlingen mellom pasient og sykepleier blir kjennskapet til pasientens livshistorie av stor betydning. Hem et al. (2010) mener at måten vi møter pasienten på, er avgjørende for om situasjonen kan vippe over til å bruke tvang i pleiesituasjoner der det ikke er nødvendig, og er mer opptatt av tidsbegrepet i forhold til personalets mulighet til å bli bevisst egen handlemåte gjennom etisk refleksjon.

Tvang skal aldri brukes som følge av manglende ressurser i helse- og omsorgstjenesten, sier Kirkevold (2008) og forutsetter at god ressurstilgang og kvalifisert personell er en del av tillitsskapende tiltak.

4.4 Kunnskap og kompetanse.

All forskning som er funnet i denne oppgaven, dokumenterer at kunnskap om diagnose og atferd er vesentlig for å kunne forebygge bruken av tvang. Nåden og Rognstad (2011) konkluderer med at økt kunnskap og kompetanse vil bidra til etisk refleksjon slik at sykepleier vil imøtekomme pasientens behov for pleie og at verdighet opprettholdes. Her er de i overenstemmelse med Johnsen og Smebye (2008) som sier at etisk refleksjon kan bidra til å forebygge tvang og at faglig kunnskap gir sykepleier mulighet til å foreslå flere alternative tiltak.

Som student har jeg erfart ved flere anledninger «å stå fast» i situasjoner der pasienten har motsatt seg stell, og hvor sykepleiere med fagkunnskap og erfaring raskt har funnet løsninger som pasienten har akseptert.

Aggresjon oppstår som oftest i stellesituasjoner, og det kan ses i sammenheng med, at det er der pasienten ofte føler seg mest sårbar og truet. Ved at han ikke forstår hva som skjer under samhandlingen, kan det være årsak til motstanden, sier Engedal og Haugen, 2009, s.315. Dette støttes av Hem et al. (2010), som nevnt i forrige kapittel, kan pasienten gjør motstand mot måten omsorgen utføres på og ikke aktiviteten i seg selv. Fra egen praksis har jeg flere ganger hørt utsagn som «han må jo vaske seg, selv om han ikke vil». Kampen for pasientens beste, sier Garden og Hauge (2012), kan sees på som en kollisjon der pasient og sykepleier har ulik forståelse av den daglige omsorgen. Det kan fremstå som logisk å møte pasientens motstand med tvangstiltak hvis sykepleieren tolker det som umulig å nå frem til pasienten, fortsetter de. Hvis man på den andre siden derimot ser aggresjon som en respons på å bli tatt fra selvbestemmelsen er det naturlig å strebe mot tvangsbruk. Her er imidlertid lovverket tydelig, og Johnsen og Smebye (2008) viser til Pasientrettighetsloven når de sier at sykepleier er forpliktet til å samhandle med pasienter som motsetter seg stell selv om de mangler samtykkekompetanse.

Flere av studier viser at når helsepersonell har kunnskap om pasienten og om personer med demens og deres atferd, kan de lettere samhandle med pasienten under stellesituasjoner, for å

unngå tvang. Dette indikerer at sykepleier må bruke sin kompetanse til å møte pasienten og dermed klare å håndtere motstanden mot å bli stelt.

Garden og Hauge (2012) belyser betydningen av kompetanse ved å påpeke at sykepleiers kunnskap og forståelse av pasientens aggresjon, vil påvirke hvordan hun velger å iverksette tiltak. Både Gjerberg et al. (2013) og Garden og Hauge (2012) bekrefter mine erfaringer fra praksis, om at sykepleiere med høy kompetanse og erfaring er de som evner å stille pasienten ved hjelp av samhandling og tillitsskapende tiltak, uten å bruke tvang.

Kunnskap om personer med demens og deres symptomer og atferd er viktig for å kunne vise sensitivitet som sykepleier, og for å se og forstå pasientenes tegn. Hvis tegn som ansiktsgrimaser, stivnet stilling og økende aggresjon ikke blir tatt hensyn til og sett, er det større risiko og logisk at pasienten utøver aggressiv adferd, sier studiet til Enmarker et al. (2010). Kristoffersen (2011) støtter dette når hun skriver at handlingsrefleksjon er nødvendig når pasienten viser utilfredshet i stellesituasjonen, det vil si at sykepleier må reflektere under samhandlingen. I lys av tidligere erfaring og kunnskap, kan hun da endre strategi og imøtekomme pasienten «der han er», slik at trygghet og tillitt kan gjenopprettes. Pasientens autonomi blir i varetatt når refleksjon i handlingen gjør at sykepleier finner alternativer metoder, bekrefter Rokstad (2008).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) sier klart at tvang ikke skal brukes på grunn av mangel på kompetanse eller på grunn av manglende ressurser.

På tross av dette sier flere av informantene i studiet til Gjerlaug et al. (2010) at deres muligheter til å bruke alternative strategier effektivt, påvirkes sterkt av sykehjemmets ressurser, som tid og tilstrekkelig personale med nødvendig kompetanse.

Flere av studiene belyser viktigheten av kompetanse blant sykepleierne for å forebygge motstand hos pasienten. Om pasienten gjør motstand er det krevende å utføre stell og det er grunn til å hevde at tvang kan bli aktuelt, sier de. Kristoffersen (2011) påpeker at sykepleier kan bruke sin kompetanse til å veilede kollegaer og selv be om tilbakemelding for å utvikle seg både faglig og personlig.

Min erfaring, er at bruk av ressurser som er satt av til kompetanseheving av personalet er svært ulik. På enkelte sykehjem er undervisningstilbudet nærmest fraværende, mens andre har ukentlig internundervisning og egne studiedager satt i turnus. Et sykehjem hadde samme undervisning to dager i uken, det skapte fleksibilitet slik at flere fikk mulighet til å delta.

Slik jeg ser det, vil denne type undervisning være med på å øke tryggheten til personalet i møte med pasienter med utfordrende adferd. Rognstad og Nåden (2011) understreker personalets behov for kompetanseheving for å kunne ivareta pasientens verdighet. Økt kunnskap og kompetanse kan bidra til både å styrke personalets trygghet og til økt etisk refleksjon, som kan resultere i omsorg uten tvang og med verdigheten i behold for både omsorgsgiveren og pasienten, hevder de videre. Travelbee sier at sykepleier skal bruke seg selv terapeutisk i kommunikasjon og samhandling med pasienten og at det forutsetter at hun har både selvinnsikt og kunnskap, i like i stor grad som holdninger og verdier (Kirkevold, 2003, s. 121). Da kreves det også at det finnes tid og ressurser, slik at det gis mulighet for refleksjon og til å få økt kunnskap, er min mening.

Dette blir bekreftet av sykepleiere i studiet til Garden et al. (2012) der alle ga uttrykk for at kunnskap om demens og erfaringer fra lignende situasjoner var viktig. Dette førte til at de handlet på en tryggere måte, ved å finne alternative løsninger som kunne forebygge eller erstatte bruk av tvang. Men for at personalet skal ha mulighet til etisk refleksjon i hverdagen, slik at de kan bearbeide holdninger og væremåte ovenfor pasientene, fremhever artikkelen det som en forutsetning, at sykehjemmet setter av ressurser i form av både tid og bemanning.

Derimot sier Gjerberg et al. (2013), har vi sett at i praksis er det nettopp dette som kan være en utfordring å få til. Tilstrekkelig bemanning, nok tid og ansatte på jobb ble gjentatte ganger nevnt som en forutsetning for å unngå bruk av tvang, ifølge informantene i studiet. En av sykepleierne sa at «vi trenger først og fremst dyktige hender. Kompetente hender vil unngå det meste av tvang».

Bevissthet rundt tvang ansees som grunnleggende for å forebygge tvang. I en travel hverdag er det, slik jeg ser det, ledelsen ved sykehjemmet som må sørge for tid til etiske og faglige diskusjoner, ved at sykepleierne får reflektere over ulike handlinger om hva som ble gjort rett og galt. Egede-Nissen et al. (2012) vektlegger betydningen av å reflektere over hvilke holdninger

som signaliseres til pasienten, og å kunne trekke seg tilbake en stund og diskutere dette med kollegaer. Kristoffersen (2011) sier at refleksjon kan avdekke en praksis som ikke er i samsvar med kunnskap eller verdier som en hevder er viktig.

Ved å ha innsikt i aggressive hendelser skapes bedre mulighet til å forutsi og forhindre denne type atferd sier Rokstad (2008), og i likhet med Egede-Nissen et al. (2012) og Kristoffersen (2011), vektlegger hun at det er viktig å legge til rette for refleksjon over egen væremåte både under og etter en stellesituasjon. Samtidig er etisk kompetanse avhengig av at rammene rundt avdelingen gir rom for refleksjon, hevder hun.

Når Lejman et al. (2013) indikerer i sin studie at sykepleierne ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om etiske problemstillinger og lovverk, påpeker de at sykepleier må selv ta initiativ og delta i etiske diskusjoner knyttet til demensomsorg både på sykehjemmet og i samfunnet. De mener at sykepleiernes refleksjon og evaluering, gir høy kvalitet på omsorgen og fremmer pasientens autonomi. Slik jeg forstår Lejman et al. er det en gjensidig forpliktelse hos den enkelte sykepleier og sykehjemmet å ta ansvar for etisk refleksjon og faglig utvikling.

Dette bifaller Jahren Kristoffersen (2011, s.199) som hevder at sykepleier har ansvar for sin egen kompetanse og at selvevaluering, kollegial støtte og veiledning har stor betydning for faglig og personlig utvikling, og gir trygghet og selvtillit i faglige utfordringer. Derimot hevder Garden et al. (2012) som får støtte av Smith og Hvalvik (2015) når de er tydelige på at personalets opplevelse av arbeidspress og mestring vil indirekte øke bruk av tvang og at dette kan forebygges, først når forutsetninger og ressurser er til stede.

Pasienter med demens har både svekket oppmerksomhet og nedsatt hukommelse og kan ofte oppleve utrygghet og forvirring stellesituasjoner som kan utløse aggressiv atferd (Fermann, 2012). Tvang kan forebygges når sykepleier har kompetanse og det er tilgjengelig tid og ressurser på sykehjemmet, viser funn i alle artiklene som er beskrevet ovenfor.

6.0 KONKLUSJON

Formålet med denne oppgaven har vært å komme frem til hvordan sykepleier kan bidra til å forebygge tvang hos personer med demens. Prosessen har vært spennende og lærerik, og jeg har gjort meg mange tanker og refleksjoner rundt det å være hjelpetrengende når man ikke evner å gi uttrykk for behov og ønsker som handler om integritet og egne verdier.

Forskningen som er brukt, blir i stor grad støttet av litteraturen og mine egne erfaringer. Litteraturen og funn i forskningsartiklene viser at hvordan sykepleier samhandler med pasienten i stellesituasjoner, er i mange tilfelle avgjørende om det blir brukt tvang eller ikke. Kjennskap til pasientens livshistorie vil gjøre det mulig for sykepleier å vite hva som er viktig for at hans verdighet og identitet skal ivaretas. Det blir lettere å forstå årsaken til atferden, og tillitt kan opparbeides gjennom gjenkjennende kommunikasjon og samhandling.

Når sykepleier er beredt og årvåken for pasientens brå atferdsendringer og kommer ham i møte med individuell tilnærming, vil ofte utagerende atferd og tvang forebygges.

Kunnskap og kompetanse gir sykepleier faglig trygghet som gjør at hun tar i bruk alternative strategier og er fleksibel i forhold til sykehjemmets rutiner, som for eksempel tidspunkt for morgenstell. Både fleksibilitet og tid er avgjørende for at tillitsskapende tiltak, som i stor grad forebygger utagerende atferd og tvang, kan gjennomføres. Til tross for at demensomsorgen de siste årene har vært i stor faglig utvikling, viser denne oppgavens forskning og litteratur, at tid og ressurser ofte er et hinder for at sykepleier får økt sin kompetanse gjennom etisk refleksjon og faglig opplæring.

Oppgaven konkluderer med at når tid og ressurser er til stede vil sykepleier med sin kunnskap og kompetanse se mennesket bak sykdommen, og individuelle behov vil bli imøtekommet slik at autonomien ivaretas. Når pasienten opplever verdighet og integritet i stellesituasjoner blir samhandlingen likeverdig og virker forebyggende på bruk av tvang.

LITTERATURLISTE

- Berentsen, V. D. (2008). Kognitiv svikt og demens. I Kirkevold, M. Brodtkorb, K. Ranhoff, A. Hysten (Red). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Egede-Nissen, V., Jakobsen, R., Sellevold, G. S., Sørli, V. (2013). *Time ethics for persons with dementia in care homes*. *Nursing Ethics*, 20(1), 51-60. doi:10.1177/0969733012448968
- Eide, H. & Eide, T. (2012). (2. utg.). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Engerdal, K., Haugen, P.K. (2009). *Demens. Fakta og utfordringer*. Aldring og helse.
- Engerdal, K., Kirkevold, Ø., Eek, A., Nygård, Aa-M. (2001). *Skal, skal ikke: Rettighetsbegrensninger og bruk av tvangstiltak i behandling og omsorg av personer med demens*. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- Enmarker, I., Olsen, R., & Hellzen, O. (2011). Management of person with dementia with aggressive and violent behaviour: a systematic literature review. *International journal of older people nursing*, 6(2), 153-162.

Fermann, T. (2012). Miljøbehandling i praksis. I Rokstad, A. M. M. *Bedre hverdag for personer med demens: Utviklingsprogram for miljøbehandling. Demensplan 2015.*

Forlaget Aldring og helse.

Folkehelseinstituttet. (2014). *Folkehelse rapporten. Demens.* (Oppdatert 2015). Hentet fra

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/demens---folkehelse rapporten-2014/>

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og*

omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om

helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester

m.v. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>

Garden, M-H., Hauge, S. (2012). The battle for beneficence - Nurses' experience of the use of coercion in dementia care. *Nordic Journal of Nursing Research.* Vol 32, Issue 4.

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.

Helleberg, K. M., & Hauge, S. (2014). "Like a dance": Performing good care for persons with dementia living in institutions. *Nursing research and practice,* 2014.

Helsedirektoratet (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer.* IS-8/2015

Hem M. H., Gjerberg E., Pedersen R., Førde R. (2010). Pleiepersonells erfaringer med å hjelpe personer med demens i personlig stell. *Forskning,* 5(4):294-301.

Holthe, T. (2008). Handlingssvikt og tilrettelegging. I: *Personer med demens*. Rokstad, A. M.M., Lislrud K.S. (red). Oslo: Akribe.

Johnsen, L., Lislrud K.S. (2008). Bruk av tvang i demensomsorgen. I Rokstad, A. M. M., Lislrud K. S. (red). *Personer med demens*. Oslo: Akribe, s: 205-231

Kirkevold, M. (2003). *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.

Kirkevold, Ø. (2008). Lovtekst trer i kraft 1. Januar 2009: Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen I: *Demens & Alderspsykiatri*, 12 (4), s 6-8.

Kristoffersen, N. J. (2011). Kunnskap og kompetanse. I Kristoffersen, N. J. Nortvedt, F., Skaug, E-A. (Red). *Grunnleggende sykepleie 1. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. Gyldendal Norsk Forlag.

Lejman, E., Westerbotn, M., Pöder, U., & Wadensten, B. (2013). The ethics of coercive treatment of people with dementia. *Nursing ethics*, 20(3), 248-262.

Lov om pasient- og brukerrettigheter. (1999). Kapittel 4. Samtykke til helsehjelp. Hentet fra Lovdata <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>

Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V., Reinart, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert: En arbeidsbok*. Akribe forlag.

Nortvedt, P. (2012). *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer. (2015). IS-8/2015. Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer>

Rognstad, M-K., Nåden, D. (2011). utfordringer og kompetanse i demensomsorgen: Pleiers perspektiv. *Nordisk sykeplejeforskning*, - Årg. 1, nr. 2, 143-155.

Rokstad, A. M. Mork (2008). Forståelse som grunnlag for samhandling. I Rokstad, A. M. M. & Lislrud K. S. (Red). *Personer med demens. Møte og samhandling*. Oslo: Akribe.

Rokstad, A. M. M. (2008). Hva er demens. I Rokstad, A. M. M. & Lislrud K. S. (Red). *Personer med demens. Møte og samhandling*. Oslo: Akribe.

Rokstad, A. M. M. (2012). Hva er miljøbehandling. I Rokstad, A. M. M. (red). *Bedre hverdag for personer med demens. Utviklingsprogram for miljøbehandling. Demensplan 2015*. Forlaget Aldring og helse.

Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.

Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk*. 6.utg. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Smit, J.A., Hvalvik, S. (2015). Makt og tvang i stellesituasjoner. *Geriatrisk sykepleie* 2015;7(2)6-13.

Thorvik, K.E., Helleberg, K., Hauge, S. (2014). Beredt og fleksibel: God omsorg for urolige personer med demens *Sykepleien forskning* 9(2014) Nr. 3, S. 236-242.

Travelbee, J. (2005). *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*. Gyldendal Akademiske.

Yrkesetiske retningslinjer. Norsk sykepleierforbund. Hentet 10.mai 2017

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Vedlegg 1
Søkeprosessen

Database	Søkeord/kombinasjoner	Avgrensing	Antall treff	Valgt artikkel
Cinahl	Dementia AND Coercion	Full Tekst Limited 2010-2017 Research Article	9 Valgte ut 3	<p>How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study Elisabeth Gjerberg, Marit Helene Hem, Reidun Førde and Reidar Pedersen</p> <p>The ethics of coercive treatment of people with dementia Eva Lejman, Margareta Westerbotn, Ulrika Poëder and Barbro Wadensten</p> <p>The battle for beneficence – nurses experience of the use of coercion in dementia care Hilde Garden, Solveig Hauge</p>
SweMed+	Tvang AND demens	Full tekst	22 treff Valgte ut 2	<p>Makt og tvang i stellesituasjoner, Smit & Hvalvik</p> <p>Pleie og omsorg i grenseland mellom frivillighet og tvang. Hem, Gjerberg</p>

SweMed+	Tvang AND Demens AND Etikk	Fulltekst	7 treff Valgte en	Rognstad, M. K., Nåden, D. (2011). Nordisk sygeplejeforskning Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen - Pleieres perspektiv.
Sykepleien.no	Omsorg og Demente	Forskning 2007-2017	15 Valgte ut 1	God omsorg for urolige pasienter med demens
Medline	Dementia AND Nursing homes AND Good care	2007-2017 Academic Journal Full tekst	6 treff Valgte ut 1	” Time ethics for personer with dementia in care homes” Egede-Nissen V, Jakobsen R, Sellevold GS, Sørli V. 2012, Norge, Nursing Ethics
Medline	Dementia Care AND Agitation	2007-2017 Academic Journal Full tekst	39 treff Valgte ut 1	‘Like a Dance’: Performing Good Care for Persons with Dementia Living in Institutions Helleberg og Hauge

Vedlegg 2
Presentasjon og oversikt over forskning

Forfatter/ år/land/tittel	Hensikt	Metode	Resultat (Funn)	Egne kommentarer
<p>1. Enmarker, I. Hellzen, O og Olsen, R (2010).</p> <p>Management of person with dementia with aggressive and violent behaviour: a systematic literature review International</p>	<p>Beskriver ut ifra et sykepleieperspektiv faktorer som kan utløse utagerende atferd hos personer med demens i sykehjem og finne ulike tilnæringsmåter for å redusere og håndtere adferden.</p>	<p>En systematisk litteraturgjennomgang i tre faser, inkludert en innholdsanalyse. 21 forskning artikler, både kvalitative og kvantitative publisert mellom 1999 og august 2009</p>	<p>Personsentrert tilnæringsmåte er optimalt for å redusere utagerende atferd hos pasienter med demens i sykehjem.</p>	<p>Relevant</p>
<p>2. Hem, M. H., Gjerberg, E., Pedersen, R., & Førde, R. (2010). Norsk.</p> <p>«Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang. Pleiepersonells erfaringer med hjelpe personer med demens i personlig stell»</p>	<p>Fokusere på grenselandet mellom frivillighet og tvang i samhandling med personer ed demens. Beskriver typiske pleiesituasjoner der pasienten motsetter seg hjelp.</p>	<p>Kvalitativ metode. Fokusgruppe intervju med 60 pleiere fra fem forskjellige sykehjem.</p>	<p>Hjelpe personer med demens med personlig stell byr på mange utfordringer. Grensene mellom frivillighet og tvang er ofte uklare, og frivillige situasjoner kan raskt vippe i retning av tvang. Motstand kan ligge mer i måten ting gjøres på enn motstand mot selve handlingen. Etablering av god samhandling og tillitsfulle relasjoner er en måte å redusere tvang og øke frivillighet på.</p>	<p>Relevant. Pleierne kan gjøre en forskjell ved å legge vekt på å bygge relasjoner til pasientene – slik at grenselandet mellom frivillighet og tvang beveges i retning av pasientenes delaktighet, kontroll og frivillighet</p>
<p>3. Rognstad, M. K., Nåden, D. (2011). Nordisk sygeplejeforskning</p>	<p>Belyse personalets behov for kompetanseheving, slik at pasientens</p>	<p>Kvalitativt forskningsintervju Helsepersonell på en avdeling for aldersdemente på</p>	<p>Personalet opplever redsel, usikkerhet, maktesløshet og store utfordringer, og de understreket at de</p>	<p>Relevant</p> <p>Jeg tok med denne artikkelen for å belyse</p>

<p>Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen - Pleieres perspektiv.</p>	<p>verdighet som individ blir ivaretatt.</p>	<p>et sykehjem i Norge. 4 sykepleiere og 8 hjelpepleiere, der av 3 med videreutdanning innen psykiatri, deltok i studien</p>	<p>opplever etiske dilemmaer kontinuerlig i omsorgen for denne pasientgruppen. Opplevde behov for økt kompetanse i forhold til håndtering av ulike situasjoner der pasientens autonomi, verdighet og integritet ble berørt.</p>	<p>hvorfor det er viktig med kunnskap om demens for å kunne håndtere deres adferd.</p>
<p>4. Lejman, Westerbotn, Pøder & Wadensten, 2013. Svensk The ethics of coercive treatment of people with dementia</p>	<p>Finne ut hvordan sykepleiere sikrer en god og trygg pleie og opprettholder verdigheten til sykehjemsbeboere med alvorlig demens uten å krenke pasientenes integritet.</p>	<p>Kvalitativ metode. Semistrukturert intervju er brukt hvor de intervjuer 10 sykepleiere fra 10 forskjellige sykehjem.</p>	<p>Person-sentrert omsorg for mennesker med demens og eksisterende alternative tilnærminger er nødvendig for å gjennomføre hensiktsmessige sykepleiestrategier i omsorg for eldre mennesker i sykehjem med beboere med alvorlig demens.</p>	<p>Relevant 3 strategier. Jeg har sett på den som forhindrer tvangsbehandling</p>
<p>5. Garden M.H, Hauge S, 2012. Norge, Vård i Norden. Kampen for pasientens beste – sykepleiernes opplevelse av å delta i bruk av tvang ovenfor personer med demens</p>	<p>Utforske sykepleiere sin opplevelse av bruk av tvang hos personer med demens med utagerende adferd.</p>	<p>Kvalitativt livsverden design. Dybde intervju med 8 sykepleiere fra forskjellige kommuner.</p>	<p>Kamp både for og mot pasientens beste. Opplevelse av å ikke forstå og nå frem til pasienten. Opplevelse av frustrasjon og trange rammer. Opplevelse av skyldfølelse og utilstrekkelighet ved bruk av tvang.</p>	<p>Relevant Den belyser hvordan det er for personalet å jobbe med utagerende adferd hos personer med demens</p>
<p>6. Egede-Nissen V, Jakobsen R, Sellevold GS, Sørli V. 2012, Norge, Nursing Ethics</p>	<p>Helse og omsorgs personells erfaring med det å gi god omsorg for personer med demens, hvilke egenskaper som skal til for å gi god omsorg</p>	<p>Kvalitativ metode, narrative intervjuer, 12 helsepersonell på sykehjem</p>	<p>Finne ro når det var travelt slik at pasienten kunne få ivareta selvbestemmelse. Fleksibilitet og tid til å snakke med pasienten vesentlig for å unngå tvang.</p>	<p>Relevant</p>

<p>” Time ethics for personer with dementia in care homes”</p>	<p>og erfaringer om det å gi god omsorg for personer med demens</p>		<p>Avvente til pasienten er klar for stell. Tid viktig faktor for å unngå tvang og uro. Møte pasientens ulike tidserfaringer handlet om å samhandle med pasienten når pasienten var forvirret, ha tid til oppvåkning. Ro til å forstå «hvor» pasienten var tilstede. Forsiktighet i tilnærming til hverdagsoppgaver. Kjenne pasientens livshistorie</p>	
<p>7. Pedersen, Hem, Gjerberg, Hem, Førde & Pedersen, 2013. Norsk.</p> <p>How to avoid and prevent coercion in nursing homes: a qualitative study.</p>	<p>Undersøke hvordan pleiepersonell håndterer utfordrende situasjoner der personer med demens motsetter seg helsehjelp. Hvilke strategier benyttes?</p> <p>Hvilke betingelser er nødvendig for å unngå bruk av tvang?</p>	<p>Kvalitativ metode Fokusgruppeinter vju.</p>	<p>Tiltak og alternativer strategier: avlede, lokke, overtale, overbevise. Redusere alternativer for pasienten, positiv fokusering, bevisst bruk av språk</p> <p>Fleksibilitet: prøve senere, skifte personell og en til en.</p> <p>Forutsetninger: kjenne pasienten, ressurser på sykehjemmet og tilstrekkelig bemanning og kompetanse</p>	<p>Relevant</p>
<p>8. Helleberg, K. og Hauge, S. Norge (2014).</p> <p>”Like a Dance” Performing Good Care for Persons with Dementia Living in Institutions.</p>	<p>Utforske og beskrive egenskapene til god omsorg og strategier relatert til agitasjon.</p>	<p>Kvalitativ design og dybde intervjuer av åtte sykepleiere og omsorgspersoner studiet ble gjennomført på sykehjem i Øst-Norge.</p>	<p>Tre hovedfunn som beskriver god omsorg: (a) å finne: å identifisere pasientens personlige egenskaper, tilstand og behov, (b) å følge: å velge riktig tid og tempo og å tilpasse seg pasientens følsomhet, Og (c) å lede: å være i</p>	<p>Relevant</p> <p>Relevant Artikkelen viser til hva som kjennetegner god sykepleie til pasienter med utagerende atferd</p>

			forkant og forberedt og å endre pasientens tilstand. En samlet tolkning av funnene er beskrevet av metaforen til en dans mellom pasienten og omsorgspersonen.	
9. Thorvik, Helleberg & Hauge, 2014. Norsk Beredt og fleksibel: God omsorg for urolige personer med demens	Utforske og beskrive hva god omsorg kan være i en skjermet avdeling for personer med demens.	Kvalitativ metode med deltakende observasjon som datainnsamlingsmetode. Det var ansatte fra to avdelinger som deltok i studien.	God omsorg for personer med demens er kjennetegnet av at de ansatte alltid er beredt, er fleksible i sin arbeidsform og tilnærming, og ha god kunnskap om demenslidelser.	Relevant Denne tar for seg ulike forebyggende tiltak. Beskriver hva god omsorg er for demente pasienter
10. Smit & Hvalvik, 2015. Norsk. Makt og tvang i stellesituasjoner	Belyse hvordan sykepleierne kan unngå bruk av tvang og makt i stellesituasjoner med personer med demens	Systematisk litteraturstudie	Kunnskap til pasientenes livshistorie, tvang og alternative framgangsmåter, er av betydning for å unngå tvang i stellesituasjoner. Konteksten, sykehjems ressurser og omsorgsmiljøet har en stor rolle for å lykkes med alternative strategier på sykehjemmet	Relevant