



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Bruk av tvang mot eldre på institusjon/ The use of coercion towards elderly in intitution

Kristine Bugten Melvold og Dorthea Charlotte Bergesen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 65

Molde, 13.04.16



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Wenche Mogstad Heggdal

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 25.03.16

Forord

Får ikke tid nok til å overtale/forklare pasienten at en skal dusje, ender opp med at pasienten blir tatt med tvang. Medisin blir knust og blandet i syltetøy, vi gir uten å informere pasienten om dette.

- Anonym sykepleier

Jeg har sagt til mine barn dersom jeg blir dement/pleietrengende og kommer på sykehjem vil jeg heller ta tabletter og dø før jeg blir innlagt på et sykehjem. Tror at nå må de eldres hverdag på sykehjem styrkes med bedre fagkompetanse.

- Anonym pleier.

Når og om jeg blir gammel så ønsker jeg å legge meg senere enn kl 20.00 på kvelden. Ønsker et varierende kosthold. Ønsker å dusje mer enn en gang pr. uke. Ønsker personell som er norsktalende når jeg blir dement. Ønsker å kunne komme meg ut i frisk luft. Ønsker aktiviteter. Ønsker pleiere med "myke" hender. Ønsker at yrket/yrkene våre blir beskyttet, slik at det ikke er så lett å gå ut på "gaten" å hente inn folk for å jobbe. Ønsker strengere intærnkontroller når det gjelder oppførsel av personale, det er slett ikke alle som er egnet til dette yrket, har ikke lyst til å være en av de som sitter å gruer seg til hvem som kommer til meg.

- Anonym pleier.

(Høye et al. 2012).

Antall ord: 12 100

Sammendrag

Bakgrunn: Antall eldre i befolkning er stigende, og fører med seg store utfordringer. Eldre tar opp rundt halvparten av sykehussengene, og er den største gruppen av mottakere av kommunale tjenester. Behovet for hjelp oppstår ofte ved funksjonstap og kombinasjonen aldring og sykdom. På sykehjem opplever eldre å ikke alltid få den hjelpen de trenger. Direkte maktbruk, krenkelser og tvang har vært avdekket i denne delen av eldreomsorgen.

Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse helsepersonells erfaring med bruk av tvang til eldre pasienter innlagt på institusjon.

Metode: Systematisk litteraturstudie basert på 10 kvalitative forskningsartikler.

Resultat: Helsepersonell opplever mye negative følelser, men også likegyldighet og lettelse ved tvangsbruk. Tema som virker inn på helsepersonells opplevelse ved bruk av tvang viser seg å være fagkompetansen og bemanningen på avdelingen, samt kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient. Kravet om effektivisering legger mye press på helsepersonell, og er muligens en faktor for bruken av tvang. Helsepersonell så på tvang som pasientens beste.

Konklusjon: Det viser seg i vår studie at sammenhengen mellom tidspress, dårlig bemanning og lavt kunnskapsnivå fører til bruk av tvang. En kan derfor se viktigheten med tilstrekkelig kunnskap og kompetanse for å forebygge tvangsbruk i eldreomsorgen.

Nøkkelord: Geriatri, institusjon, fysisk tvang, opplevelse, holdninger.

Abstract

Background: The number of elderly in the population is increasing which creates big challenges. Elderly people occupy about half of the hospital beds, and is the largest group of recipients of municipal services. The need for help often comes with functional impairment and the combination of aging and disease. Residents in nursing homes experience to not always get the help they need. Direct use of force, violation and coercion has been uncovered in this part of elderly care.

Purpose: Investigate health personnels experience with the use of coercion to elderly patients admitted to an institution.

Method: Our literature review study is based on 10 qualitative research articles.

Result: Nurses experienced much negative emotions, but also indifference and relief. The themes that affect health professionals' experiences when using coercion proves to be our professional expertise and staffing of the department, and communication between health personnel and patients. The need for efficiency puts a lot of pressure on health personnel, which is a factor for use of force. Health personnel had intentions of doing what is best for the patients.

Conclusion: In our study the context between time pressures, poor staffing and low level of knowledge leads to the use of force. One can therefore see the importance of sufficient knowledge and expertise to prevent coercion in elderly care.

Keywords: Geriatric, institution, physical restrain, perception, experience.

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Studiens hensikt	2
2.0 Teoribakgrunn	3
2.1 Tvang	3
2.2 Pasient- og brukerrettighetsloven	3
2.3 Makt	4
2.4 Kommunikasjon	4
2.5 Etikk	5
2.6 Kari Martinsens omsorgsteori	6
3.0 Metodebeskrivelse	8
3.1 Datainnsamling	8
3.1.1 Pico-skjema	8
3.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier	9
3.3 Litteratursøkestrategi	9
3.3.1 Ovid Medline (r)	9
3.3.2 Cinahl	10
3.3.3 Manuelt søk	11
3.4 Kvalitetsvurdering	11
3.5 Etske hensyn	12
3.6 Analyse	13
4.0 Resultat	14
4.1 Den emosjonelle opplevelsen	14
4.1.1 Fortvilte følelser	14
4.1.2 Overse, ignorere og glemme	15
4.1.3 Opplevelse av trygghet og lettelse	16
4.1.4 Tvangsbegrensning og bearbeidelse av egne følelser	17
4.2 Tvang når kompetanse og tid ikke strekker til	18
4.3 For pasientens beste	19
4.4 For medpasienter, pårørende og ansattes beste	21
5.0 Diskusjon	22
5.1 Metodediskusjon	22
5.1.1 Søkestrategi	23
5.1.2 Kvalitetsvurdering og etiske overveielser	24
5.1.3 Analyseprosessen	25
5.2 Resultatdiskusjon	26
5.2.1 Betydningen av den emosjonelle opplevelsen	26
5.2.2 Å bruke tvang når kompetanse og tid ikke strekker til	30
5.2.3 Tvang for å ivareta pasientens beste	32
6.0 Konklusjon	35
6.1 Konsekvens for praksis	35
6.2 Forslag til videre forskning	36
Litteraturliste	37

Vedlegg 1: Visuell framlegg av resultat

Vedlegg 2: PIO- skjema

Vedlegg 3: Oversikt over søkehistorikk

Vedlegg 4: Oversikt over inkluderte artikler

Vedlegg 5: Rangeringssystem

Vedlegg 6: Oversikt over funn

1.0 Innledning

Jevnlig publiseres artikler og historier om personers møte med helsevesenet. På sykehjem opplever eldre å ikke alltid får den hjelpen de trenger. Direkte maktbruk, krenkelser og tvang har vært avdekket i denne delen av eldreomsorgen (Romøren 2010).

Det kan være utfordrende å møte pasientene med den omsorg og behandling de trenger, og samtidig ivareta den enkeltes integritet og verdighet.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Andelen av eldre i befolkningen er stigende, dette fører med seg store utfordringer. Eldre mennesker bruker rundt halvparten av sykehussengene, og er den største gruppen mottakere av kommunens tjenester. Hjerte- og karsykdommer, kreft og skader er de viktigste årsakene til at eldre blir lagt inn på sykehus. Eldrebølgen er en betegnelse på et stadig økende antall eldre, og utviklingen av antall personer i ulike aldersgrupper av eldre ikke er den samme. Det er antatt at vi nå er inne i en eldrebølge som vil vare fra 2010 til om lag 2050, en kan anta at antallet eldre i Norge vil bli rundt en million. Av dem som mottar pleie- og omsorgstjenester bor omlag 40 000 eldre på sykehjem, og gjennomsnittsalderen er 84 år (Romøren 2010).

Omtrent 75 % av beboerne på sykehjem har en demenstilstander, men ikke alle blir diagnostisert (Eide og Eide 2013). Av egen erfaring er eldre beboere på institusjon hjelpetrengende. Behovet for hjelp oppstår ofte når den eldre opplever funksjonstap grunnet kombinasjonen av aldring og sykdom (Romøren 2010). Hjelpetrengende kan beskrives ved at forandringer i funksjonsevnene eller IADL- eller ADL-funksjon fører til at menneske retter oppmerksomheten mot seg selv, og slike forandringer kan gjøre at personen blir avhengig andre (Kristoffersen 2011).

Våre erfaringer er at det forekommer tvangsbruk innenfor eldreomsorgen. Motsettelse av helsehjelp skjer både på sykehjem og sykehus, og pasienter med kognitiv svikt er mer utsatt for helsehjelp mot sin vilje. Helsehjelp blir definert av pasient- og brukerrettighetsloven (2015) som handlinger som virker forebyggende, diagnostiserende, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller har et pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell (Pasient- og brukerrettighetsloven 2015). Vi er nysgjerrig på

hvordan helsepersonell erfarer tvangs situasjoner, og har derfor valgt å gå nærmere inn på dette temaet.

1.2 Studiens hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse helsepersonells erfaring med bruk av tvang til eldre pasienter innlagt på institusjon.

2.0 Teoribakgrunn

Her vi ønsker å gjøre kort rede for relevant teori knyttet opp mot studiens hensikt.

2.1 Tvang

Tvang kan forstås som utøvelse av press på en annen person, på en slik måte at en får denne personen til å gjøre noe, unnlate å gjøre noe eller tåle noe som er i mot personens egen vilje. Tvang omfatter ikke bare psykisk press, men også fysisk makt. Når en person blir utsatt for tvang, kan det oppleves traumatiserende, og da særlig ved bruk av fysisk tvang (Lillevik og Øien 2014). All undersøkelse, behandling, pleie og omsorg må skje frivillig. Det er ikke adgang til å utøve dette med tvang verken utenfor eller i institusjon uten å ha særskilt hjemmel, noe det er lite av (Molven 2012).

Dersom pasienten nekter behandling, (og konsekvensene av dette er alvorlige), er det strenge krav om at pasienten er godt informert. I tillegg må pasienten ha innsikt i situasjonen, og om eventuelle konsekvenser for seg selv.

Dersom helsehjelpen er et alvorlig inngrep ovenfor pasienten skal det fattes vedtak.

I vurderingen av hva som er alvorlig inngrep for pasienten, skal det blant annet tas hensyn til om tiltakene innebærer inngrep mot kroppen eller bruk av reseptbelagte legemidler, og graden av motstand skal også tas hensyn til. Dersom personen motsetter seg helsehjelpen som blir gjennomført ved innleggelse eller tilbakeholdelse på institusjon skal det alltid registreres som et alvorlig inngrep (Slettebø 2013).

2.2 Pasient- og brukerrettighetsloven

Kapittel 4A i pasientrettighetsloven skal sikre nødvendig helsehjelp, forebygge og begrense tvangsbruken. Det er også nødvendig at helsehjelpen tilrettelegges slik at den enkeltes integritet blir respektert, og så langt som mulig være i samsvar med pasientens selvbestemmelsesrett (Pasient- og brukerrettighetsloven 2015).

§ 4A-3. Adgang til å gi helsehjelp som pasienten motsetter seg

Før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, må tillitsskapende tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette.

Opprettholder pasienten sin motstand, eller vet helsepersonellet at vedkommende med stor sannsynlighet vil opprettholde sin motstand, kan det treffes vedtak om helsehjelp dersom

- a) en unnlattelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, og
- b) helsehjelpen anses nødvendig, og
- c) tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen.

Selv om vilkårene i første og andre ledd er oppfylt, kan helsehjelp bare gis der dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsningen for pasienten. I vurderingen av om slik helsehjelp skal gis, skal det blant annet legges vekt på graden av motstand samt om det i nær fremtid kan forventes at pasienten vil kunne gjenvinne sin samtykkekompetanse.

(Pasient- og brukerrettighetsloven 2015, §4A-3).

Om pasienten har samtykkekompetanse eller ikke, må vurderes etter bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. Reglene gjelder uavhengig av årsaken til bortfall av samtykkekompetanse. Ulike sykdommer og tilstander kan påvirke pasientens samtykkekompetanse (Pasient- og brukerrettighetsloven 2015).

2.3 Makt

Slettebø (2013) skriver at makt kan ses på som en evne eller mulighet til å påvirke andre mennesker. Sykepleier skal ikke frata pasientens rett til å være et individ som har evne til å ta ansvar for sitt eget liv, samtidig skal sykepleier hjelpe pasienten ved sykdom og helsesvikt. Makt har ulike dimensjoner hvor faglig makt er hvor sykepleieren har kraft i sine kunnskaper og ferdigheter. Dette er en legitim makt som er gitt fra utdanning og erfaringer. Karismatisk makt er en personlig makt som sykepleieren har grunnet en overbevisende og sjarmerende personlighet. Sosial makt innebærer også kulturell makt. Denne makten har vi i vår rolle som sykepleiere. Dette er en makt som samfunnet og pasienten tillater sykepleieren å ha fordi sykepleiere har en bestemt posisjon og funksjon i samfunnet (Slettebø 2013).

2.4 Kommunikasjon

Kommunikasjon er en utveksling av tegn mellom to eller flere parter. Tegnene eller signalene kan enten være verbale eller non-verbale, og er ofte sammensatt. En måte å kommunisere på er ved hjelpende kommunikasjon. Hjelpende kommunikasjon er anerkjennende, skaper trygghet og tillit, og formidler informasjon på en måte som bidrar til å løse problemer og stimulere til å mestre situasjonen på best mulig måte (Eide og Eide 2013).

Empati er evnen til å lytte og sette seg inn i en annens situasjon, forstå andre sine følelser og reaksjoner. Empati er en forutsetning for godt helsefagligarbeid og for hjelpende kommunikasjon (Eide og Eide 2013).

Kommunikasjon med eldre

Aldringsprosessen påvirker kommunikasjonsferdighetene. Det er viktig at vi som sykepleiere toner oss inn på pasienten, og tar utgangspunkt i den andre sitt oppmerksomhetsfokus og bruker bekreftende kommunikasjonsferdigheter (Eide og Eide 2013).

Generelle råd og praktiske tips i forhold til kommunikasjon med eldre:

- Å respektere at eldre trenger mer tid.
- Å være tålmodig, tone seg inn og lytte aktivt.
- Å ta i bruk flere bekreftende kommunikasjonsferdigheter.
- Å vise interesse for den gamles historie, ting, bilder, musikk, etc.
- Å bruke nonverbal kommunikasjon, gester, berøring, mimikk.
- Å bruke korte enkle setninger.
- Å bruke kjente ord og uttrykk.
- Å ikke skifte tema for raskt.

(Eide og Eide 2013).

2.5 Etikk

Autonomi, velgjørenhet, ikke-skade og rettferdighet er facie-prinsipper. Dette vil si at de ikke er absolutte, men de må vurderes opp mot hverandre i den enkelte situasjon ut fra hvilket prinsipp som bør veie tyngst i den aktuelle situasjon (Slettebø 2013).

Autonomi

Autonomi betyr selvstyring eller selvregulering. Autonomi ses på som en egenskap eller en kapasitet knyttet til individets evne til å handle ut fra sine ønsker og planer. Innenfor etikk anvendes medbestemmelse. Medbestemmelse kan være at de har rett på å bestemme behandling eller nekte behandling. I dag har ikke pasienten rett til å velge behandlingsform de selv ønsker, når dette strider mot hva legen mener er best. En kan ikke ta fra en person sin autonomi, men en kan velge hvordan en forstår begrepet. Hvordan man forstår

autonomi kan derfor være sentralt i møte med pasienter i en avhengig og sårbar situasjon (Slettebø 2013).

Velgjørenhet og ikke-skade

Ifølge ikke-skade prinsippet har sykepleier plikt til å passe på at pasienten ikke blir skadet av behandlingen. Prinsippet om velgjørenhet krever i tillegg at sykepleieren handler til det beste for pasienten. Disse to prinsippene blir ofte omhandlet under ett fordi de begge fokuserer på å gjøre vell for pasienten (Slettebø 2013).

Kompetent pasient

Videre må vi vurdere om pasienten er kompetent nok til å handle autonomt. Om en pasient ikke er kompetent nok, vil valg som blir tatt få konsekvenser på kort eller lang sikt. Ulike sykdommer kan føre til at pasienten ikke anser seg selv som syk, eller ikke er klar over sitt eget sykdomsbilde. Pasienten kan ha vanskelig for å se konsekvenser og hva som er det beste valget å ta. Det kan være kritiske perioder i livet som fører til svekket dømmekraft, det må derfor vurderes kontinuerlig. Vurderer vi en pasient som ikke kompetent, må våre handlinger baseres på respekt for pasienten (Slettebø 2013).

Paternalisme

Vi gjør oss opp en mening om hva som er til pasientens beste, uten at deres egen beslutning er med i den endelige avgjørelsen. En skiller mellom begrepet svak og sterk paternalisme. I tilfeller med bruk av sikkerhetsbelter eller bord foran pasientens stol, er et eksempel på svak paternalisme. Dette medfører etiske utfordringer i forhold til om de aktuelle tiltakene som blir iverksatt, er med eller uten tvang. I slike situasjoner er vår hensikt til det beste for pasienten. Det krever en situasjonsforståelse basert på erfaringer og sunn dømmekraft. Både autonomiprinsipper og velgjørenhetsprinsipper kan hjelpe oss noe på vei når det gjelder å respektere pasienter. Det er viktig at vi "leser" den enkelte pleie- og behandlingssituasjon på en slik måte at pasienten ikke opplever situasjonene som krenkende (Slettebø og Nortvedt 2006).

2.6 Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsen utviklet sin omsorgsfilosofi fra midten av 70-tallet og fram til i dag. Filosofien dreier seg primært om omsorg og etikk, og kan derfor betegnes som en omsorgsfilosofi (Kristoffersen, Nortvedt og Skauge 2005).

Kari Martinsen beskriver begrepet omsorg som følgende:

Omsorg har med forståelse for andre å gjøre, en forståelse jeg tilegner meg gjennom å gjøre ting for og sammen med andre. Vi utvikler felles erfaringer, og det er de situasjoner vi har erfaring fra vi kan forstå. På den måten vil jeg forstå den andre gjennom måten han forholder seg til sin situasjon (Eide og Eide 2013, 33).

Martinsen problematiserer også det etiske prinsippet om autonomi og paternalisme. Martinsen framhever den svake paternalismen som det ønskelige. Med dette mener hun at sykepleieren må benytte sin faglige merforståelse på en måte som er til fordel for pasienten. Sykepleieren har en fagkunnskap som pasienten ikke har, og Martinsen mener at sykepleier ikke må bruke makt over pasient ved å overse han (Martinsen 2003b).

Omsorg som relasjonell side kan forstås ved at sykepleier må være villig til å sette seg inn i pasientens situasjon (Kristoffersen, Nortvedt og Skauge 2005). Omsorgens praktiske side går ut på prinsippet om ansvar for den svake (Martinsen 2003a). Martinsen fremhever betydningen av at omsorgen tilrettelegges og gjennomføres på en slik måte at pasienten opplever anerkjennelse, ikke umyndiggjøring (Kristoffersen, Nortvedt og Skauge 2005). Omsorgens moralske side har med relasjon å gjøre, hvordan vi er i relasjon i det praktiske arbeidet og kvaliteten på relasjon er vesentlig. Omsorgsmoral handler også om makt, som kan brukes ansvarlig med utgangspunkt i sympati og sentimental omsorg. Sykepleier må handle slik at den svake kan leve det beste liv de er i stand til (Martinsen 2003a).

Martinsen sier at omsorg og avhengighet oppfattes som negativt. Begrepene forbindes med passivitet, mangel på selvbestemmelse, ikke-selvhjulpenhet både når det gjelder å motta omsorg på et individuelt plan og innenfor det offentlige omsorgsapparat (Martinsen 2003a).

3.0 Metodebeskrivelse.

For å besvare vår hensikt i henhold til Høgskolen i Molde sine retningslinjer for avsluttende bacheloroppgave i sykepleie (2015), benyttet vi oss av systematisk litteratursøk. En litteraturstudie innebærer å søke systematisk, kritisk vurdere og deretter sammenligne litteraturen innenfor et valgt tema eller problemområde. Studien bør fokusere på aktuell forskning innenfor valgte tema og sikter til å finne grunnlag for det vi ønsker å diskutere (Forsberg og Wengström 2013).

3.1 Datainnsamling.

Her skal vi beskrive litteratursøkesstrategien vår. I følge retningslinjene for bacheloroppgave (2015) skal metoden være tydelig beskrevet slik at andre skal kunne gjenta undersøkelsen. Etter å ha utarbeidet vår hensikt ble det utformet et PICO-skjema med søkeord og avgrensningskriterier.

3.1.1 Pico-skjema.

For å søke systematisk måtte vi sette opp et PICO-skjema. For å kunne utforme PICO-skjemaet, må vi kunne forstå hva ordene innebærer. PICO representerer en måte å dele opp spørsmålet på, slik at det struktureres på en hensiktsmessig måte (Nortvedt et al. 2012).

Søkeordene brukt i databasesøket er på norsk og deretter oversatt til engelsk. Med hjelp fra bibliotekar utformet vi PIO-skjemaet, og vi ble anbefalt å kutte ut endingene og avslutte med trunkeringstegn (*), dette for å få med flere varianter av samme ord.

P: Pasient/Problem: Vi valgte hovedsakelig søkeordene beboer , eldre og institusjon.

I: Intervensjon: Her brukte vi for det meste søkeordet tvang og fysisk tvang. Men vi tok også for oss tvinge og begrense.

C: Sammenligne: vi brukte ikke denne kolonnen fordi vi ikke skal sammenligne noe.

O: Utfall: Vi ville undersøke helsepersonells erfaringer, opplevelser og holdninger.

(Nortvedt et al. 2012).

Henviser til vedlegg 2 der vi legger fram vårt PIO-skjema.

3.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriteriene omhandler kriterier for å få delta i undersøkelsen (Forsberg og Wengstöm 2013). I den sammenheng måtte artiklene oppfylle visse kriterier for å bli inkludert i vår studie.

- Eldre pasienter.
- Helsepersonellperspektiv.
- Artiklene må være av kvalitativ forskning
- Ikke være mer enn 5 år gamle.
- Etisk vurdert.
- Fagfellevurdert og publisert i vitenskapelig tidsskrift.
- Vurdert som bra i vår kvalitetsvurdering.
- Språk: Norsk, Engelsk, Dansk og Svensk.

Ved å bruke eksklusjonskriterier støttet dette oss til å ekskludere de artiklene vi ikke ønsket å ha med i vår studie. Vi utelukket artikler som ikke var relevant for vår hensikt og daværende problemstilling.

- Brukere som får hjelp av hjemmesykepleie.
- Pasient og pårørende perspektiv.
- Ikke overførbar til norske forhold.
- Artikler som vi ikke vurderte som middels bra, dette tilsier at de har fått en skår på under 8 av 10 ved kritisk vurdering.
- Artikler som ikke har høy vitenskapelig kvalitet.

3.3 Litteratursøkestrategi

Vi har brukt følgende databaser for å finne aktuelle artikler til vår litteraturstudie:

3.3.1 Ovid Medline (r)

04.09.2015. Vi startet med å velge avansert søkemåte. Ved første søkeord health personnel ble det 136 396 treff. Vi fortsatte å søke medical personnel, experience*, nursing home*. Søkeordene coercion og restraint kombinerte vi med "or". Resten av søkeordene kombinerte vi med "and". Dette resulterte i 104 artikler. Hvorav 10 abstrakt ble lest. 2 artikler ble inkludert. Se vedlegg 3 (Jakobsen og Sørli 2010 og Pedersen et al. 2013).

24.11.2015. Vi startet med å velge avansert søkemåte. Startet med å søke nurs*. Deretter coerci*, restraint*, forc* og kombinerte disse med ”or”. For å få helsepersonells erfaring søkte vi experience. Vi kombinerte søkeordene med ”and” og satte inn limits 2005-current og dansk, engelsk, norsk og svensk. Søkte også ethic* og kombinerte dette med det første resultatet og endte opp med 35 artikler. Her inkluderte vi 1 artikkel, se vedlegg 3 (Chuang og Huang 2007).

24.11.2015. Startet søket med å søke coerci*, restraint*, forc*, physical restraint, og kombinerte ordene med ”or”. Videre brukte vi søkeordene ethic* og kombinerte søkeordene experience, attitude* med ”or”. Kombinerte alle søkeordene med ”and”, og begrenset søket til limits 2005 – current og dansk, norsk, svensk og engelsk språk, endte da opp med 27 artikler. Inkluderte 1 artikkel, se vedlegg 3 (Saarnio og Isola 2010).

a

25.11.2015. Vi foretok et avansert søk i databasen. Vi startet med å søke healt personnel, deretter søkte vi nursing staff*. Vi kombinerte de nevnte søkeordene med ”or”. Vi søkte så på nursing home. Videre søkte vi på paternalism, moral, ethical problems, vi slo sammen søkeordene med ”or”. Søkeordet attitude var siste søkeord. Vi kombinerte alle søkeordene med ”and”, og endte opp med 16 treff. Vi leste 2 abstrakt og inkluderte 1 artikkel til vår studie, se vedlegg 3 (Solum, Slettebø og Hauge 2008).

3.3.2 Cinahl

04.09.2015. Vi startet søket med å velge avansert søk, for å kunne kombinere søkeordene med ”and” eller ”or”. Første søkeordet var coercion, så skrev vi nurs* og dement* inn. Vi kombinerte ordene med ”and”. Dette resulterte i 7 artikler. Vi leste abstrakt til 5 artikler. Vi endte opp med å inkludere 3 av artiklene. Se vedlegg 3 (Garden og Hauge 2012, Gjerberg et al. 2013 og Lejman et al. 2013).

8.12.2015. I denne databasen førte vi inn søkeordene; geriatric care and physical restraint and attitude. Dette resulterte i 4 artikler, vi leste 2 abstrakt og inkluderte 1 artikkel. Artikkelen var en oversiktsartikkel som vi ønsket å ta i bruk i våres teoridel, se vedlegg 3 (Möhler og Meyer 2013).

3.3.3 Manuelt søk

24.11.2015. Etter å ha lest i gjennom artikkelen ”Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning” (Pedersen et al. 2013), sjekket vi litteraturlisten etter flere relevante artikler. På denne måten fant vi artikkelen ”Pleie og omsorg i grenseland mellom frivillighet og tvang”, se vedlegg 3 (Hem et al. 2010). Brukte søkemotoren Oria for å finne artikkelen.

8.12.2015. Ved å se i litteraturlisten til oversiktsartikkelen ”Attitudes of nurses towards the use of physical restraint in geriatric care: A systematic review of qualitative and quantitative studies” (Möhler og Meyer 2013), fant vi artikkelen ”Nursing staff views of barriers to physical restraint reduction in nursing homes”, se vedlegg 3 (Kong og Evans 2012). Brukte søkemotoren Oria for å finne artikkelen.

3.4 Kvalitetsvurdering

Vi kvalitetsvurderte de inkluderte forskningsartiklene ved å bruke Sjekklisten for vurdering av kvalitative forskningsartikler (2014). I sjekklisten for å vurdere kvalitativ forskning er det 10 spørsmål med svaralternativ; ja, uklart eller nei. Noen av spørsmålene er mer omfattende enn andre, og krever mer refleksjon for å besvare spørsmålene. Dersom vi ikke kunne svare tilstrekkelig på dette ved den informasjonen som var tilgjengelig i artiklene, valgte vi å ekskludere dem fra vår litteraturstudie. Vi utformet et eget rangeringssystem for å gjøre denne prosessen lettere, der 8 ja ble rangert som middels bra, 9 ja besvarelser rangert som bra og 10 ja besvarelser ble rangert som svært bra. Fikk artiklene en score på under 8 av 10 vurderte vi de som ikke bra nok for vår studie. Dette førte til at vi ekskluderte de artiklene som ikke var bra nok. Av våre 10 inkluderte artikler har vi 8 artikler som svært bra og 2 som bra, se vedlegg 5.

Vi brukte også nettsiden database for statistikk og høyere utdanning (2015) for å se hvilke vitenskapelige nivå artiklene var publisert i. I søkefeltet skrev vi inn enten tittel på tidsskriftet, ISSN eller ISBN, dette justerte vi ut ifra hva som var tilgjengelig på artikkelen. Nivå 1 betyr at forskningen er vitenskapelig, nivå 2 betyr at forskningen er av særlig høy prestisje (NSD 2015).

3.5 Ethiske hensyn

Forskningsetikk er et område av etikken som har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning å gjøre. Det handler om å ivareta personvernet og sikre troverdighet av forskningsresultatene (Dalland 2012).

Forfatterne av artiklene måtte vise at de har tatt hensyn til etiske vurderinger, slik som anonymisering og taushetsplikt, og godkjenning av etisk komite (Generelle retningslinjer for avsluttende bacheloreksamen i sykepleie). Vi syntes det var viktig at artiklene vi ønsket å inkludere skulle være etisk godkjent, og at dette var bra beskrevet. Fem av de valgte artiklene er godkjent av en etisk komité. De restrerende studiene har tatt følgende etiske hensyn.

Gjerberg et al. (2013) sin studie er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste. Det ble sikret full anonymitet til deltakerne, det ble også gitt skriftlig informasjon om studien, i tillegg måtte deltakerne anonymisere de pasientene som ble beskrevet i intervjuene. I artikkelen av Lejman et al. (2013) var en formell etisk godkjenning av komité ikke nødvendig ifølge nasjonalt direktiv i Sverige og forfatterne av studien fulgte nasjonaleretninglinjer. Det var frivillig å delta i studien og alle fikk skriftlig og muntlig informasjon om studien. De ble lovet anonymitet og det ble gitt skriftlig samtykke fra alle deltagerne.

Studien til Garden og Hauge (2012) ble gjennomført i henhold til de etiske forskningsprinsippene til Helsinki-deklarasjonen. Alle deltagerne fikk skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet og at deltagelse var frivillig, alle deltagerne samtykket til å delta. Undersøkelsen ble meldt inn og godkjent av personvernombudet ved Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Deltagerne i studien til Hem et al. (2010) ble sikret full anonymisering. Deltagerne ble også på forhånd bedt om å anonymisere pasientene. Prosjektet ble meldt inn til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste. De rådførte seg med regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, og studien ble vurdert til å ikke være fremleggelsespliktig der. Studien til Pedersen et al. (2013) er vurdert og godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

3.6 Analyse

Analyse er et granskningsarbeid der utfordringene ligger i å finne ut hva materialet har å fortelle (Dalland 2012). Vi brukte Evans (2002) fire faser for analyse. Denne metoden ble brukt systematisk (Evans 2002).

I den første fasen samlet vi inn de relevante artiklene. Dette gjorde vi ved å søke med avansert metode i ulike databaser. Etter å ha gjennomført søkene, leste vi igjennom de artiklene som var relevante for vår hensikt og daværende problemstilling. En mer omfattende beskrivelse av prosessen er beskrevet i kapittel 3.3 Litteratursøkestrategi. De som svarte på vår hensikt ble kvalitetsvurdert, alle våre artikler bestod og dette resulterte i 10 kvalitative artikler.

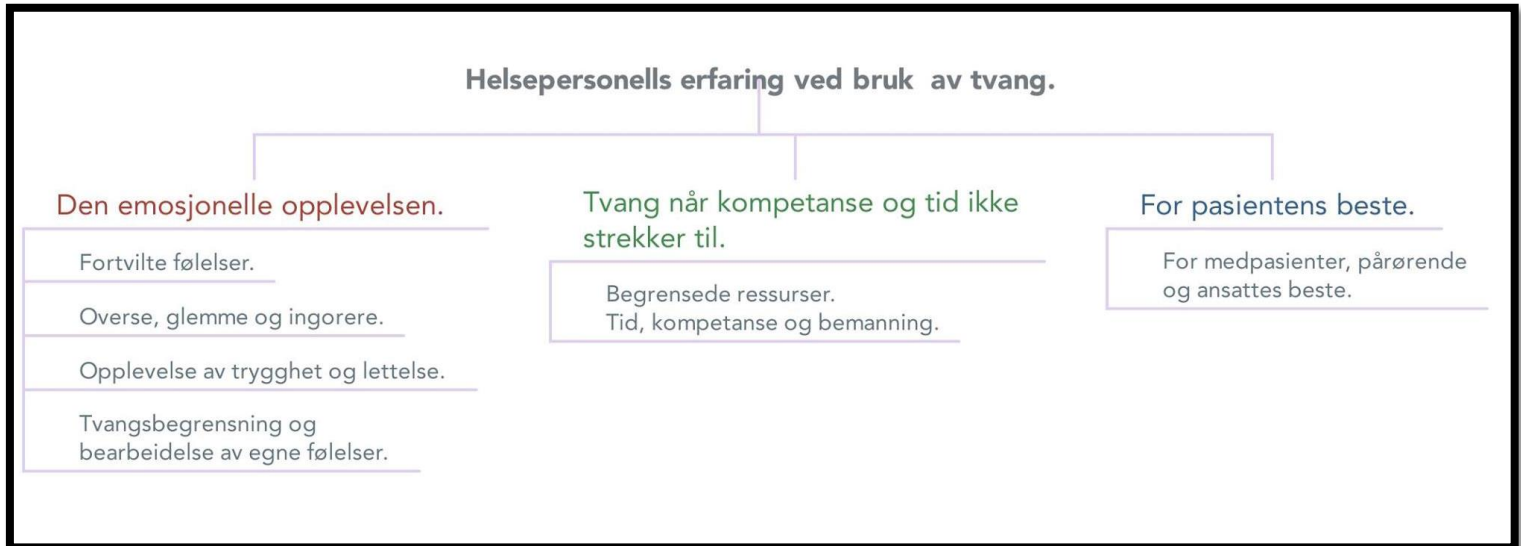
I den andre fasen leste vi artiklene igjen, markerte og noterte det vi følte var relevante resultat for vår studie. Videre diskuterte vi resultatene fra artiklene sammen. Når vi hadde funnet alle våre 10 artikler, laget vi en oversiktstabell av resultatene for hver inkluderte artikkel, se vedlegg 4. Alle de inkluderte artiklene ble nummerert med tall fra 1-10, se vedlegg 5. Videre skrev vi ned alle hovedfunn fra artiklene på et ark. Allerede her så vi flere likhetstrekk ved hovedfunnene i artiklene.

I den tredje fasen sammenlignet vi artiklene med hverandre. På denne måten fant vi felles tema og undertema. Vi kom fram til fire fellestrekk ved alle artiklene, de ble navngitt med egne fargekoder. Videre så gikk vi igjennom resultatet fra hver artikkel en gang til og markerte med de valgte fargekodene. Vi gikk igjennom og tolket alle funnene en gang til for å vurdere om alle funn var plassert under riktig hovedtema, dette resulterte i tre hovedtema; Den emosjonelle opplevelsen (rød), tvang når kompetanse og tid ikke strekker til (grønn) og for pasientens beste (blå). Ut ifra dette utformet vi et tankekart, og på denne måten fikk vi en helhetlig oversikt over hovedtema og undertema, se vedlegg 1.

I den siste fasen beskriver vi og lager en syntese for hvert hovedtema med undertema. Vi har valgt å ta med sitat som er på engelsk, dette for at teksten ikke skulle miste sin betydning ved oversettelse. Bruk av sitat er med på å underbygge resultat i vår studie. Evans (2002) gjorde prosessen enkel, da det ga oss en bra struktur ved artikkelanalysen (Evans 2002)

4.0 Resultat

Hensikten med vår studie var å belyse helsepersonells erfaring ved bruk av tvang. I denne delen skal vi legge frem de ulike hovedfunnene vi har valgt å inkludere i vår litteraturstudie.



Figur 1 – Modell for litteraturstudiens tema.

Figuren over viser til de tre hovedtemaene med undertema som vi har kommet frem til. Hovedtemaene ”Den emosjonelle opplevelsen” handler om helsepersonells følelser og håndteringsstrategier i forhold til tvang. ”Tvang når kompetanse og tid ikke strekker til” beskriver utfordringer fra arbeidsplass som en medvirkende faktor, og som påvirker helsepersonellet til å bruke tvang. ”For pasientens beste” beskriver hvordan pasient påvirker helsepersonell til å utøve tvang. Se vedlegg 1.

4.1 Den emosjonelle opplevelsen

Resultatene fra vår studie viser at trange økonomiske rammer, samt mangel på kompetanse og bemanning har innvirkning på bruken av tvang. Helsepersonell erfarte utfordrende følelser ved tvangsbruken.

4.1.1 Fortvilte følelser

Helsepersonellet uttrykte sterke følelser i forhold til bruk av tvang. Reaksjoner som ofte går igjen i flere av artiklene er følelser som, frustrasjon, skam og skyldfølelse. Helsepersonellet opplevde det som ubehagelig og følte seg trist når de måtte bruke tvang. De opplevde å bli følelsesmessig stresset og fikk dårlig samvittighet i etterkant (Hem et al.

2010, Chaung og Huang 2007, Saarnio og Isola 2009, Solum, Slettebø og Hauge 2008, Garden og Hauge 2012, Jakobsen og Sørli 2010).

Mange føler de ikke har noe valg ved bruk av tvang, og settes derfor i en følelsesmessig konflikt. I vår studie er det flere som fortalte at de følte seg slem og ukomfortabel ved bruk av tvang. ”Actually, I don’t like restraints. I also think it is against my belief to restrain older people, but i have no control over this. I feel unhappy using it.” (Chuang og Huang 2007, 488). Tvang skapte mange følelser hos personalet, de syntes synd på pasientene og viste medfølelse (Saarnio og Isola 2010, Garden og Hauge 2007, Chuang og Huang 2007). ” I felt really guilty while i applied physical restraints on the older patients. They look like our grandparents.” (Chaung og Haung 2007, 488).

Det er ikke bare bruk av tvang som skaper mange følelser hos personalet. Pasientenes atferd og reaksjoner i forbindelse med bruken av tvang kunne føre til utagering, både språklig og fysisk. Denne reaksjonen fra pasientene preget situasjonen og fikk helsepersonellet til å oppleve fortvilte følelser (Hem et al. 2010, Chuang og Huang 2007 og Jacobsen og Sørli 2010).

4.1.2 Overse, ignorere og glemme

Noe av helsepersonalet følte ikke noe spesielt når de måtte bruke tvang og beskrev at det var blitt en del av rutinen. Helsepersonell beskrev at de brukte tvang uten å nøle, at det var en automatisk respons (Chaung og Huang 2007, Kong og Evans 2012 og Saarnio og Isola 2010).

Sometimes, we are too busy to think about patients’ feelings. This practice is just like a routine.. an instant reaction.. especially at busy moments. When we are busy, we just think it is better to restrain patients because it will make the job easier (Chaung og Huang 2007, 489).

I studien til Chuang og Huang (2007) viser funn at noen av helsepersonalet ikke lenger har noen spesielle følelser i forhold til bruken av tvang.

I don’t have too much time to think about it. Sometimes, I feel I have become so hardened toward the restrained elderly...you don’t have too much time to stand by to deal with this kind of patient.. it has become a kind of automtic respons... when

you see this kind of thing happening quite often, you do not have any feelings about it (Chuang og Huang 2007, 489).

Funn fra vår studie tilsier at helsepersonell ignorerte pasientens ønsker, til tross for at pasienten var orientert og ikke led av noen demenssykdom. Helsepersonellet tok valg for pasientene uten å ta hensyn til hva pasientene ønsket. De opplevde at de var nødt til å foreta seg noe på tvers av pasientens ønsker (Solum, Slettebø og Hauge 2008 og Hem et al. 2010). I artikkelen til Solum, Slettebø og Hauge (2008) møter vi en pasient som heter ”Elise”. Dette er et anonymisert og fiktivt navn.

Elise wants to join the trip today. Two caregivers who discuss this agree that Elise will spoil the trip for the other patients. Elise approaches them all the time and ask who is going with her. They choose to solve this by not looking at her og answering her questions. It all ends with Elise comes and says that she doesn't want to join the trip after all (Observation note) (Solum, Slettebø og Hauge 2008, 540).

Ignorering av pasientens ønsker, var ikke det eneste funnet som ble gjort. I studien til Solum, Slettebø og Hauge (2008) ble det ikke observert dialog personalet i mellom for hvordan de skulle unngå å gi beroligende medikamenter for å oppnå ro i avdelingen. Personalet uttrykte skyldfølelse for å ha dopet pasienter uten deres samtykke. Gjennom artiklene ble det også lagt fram fordommer fra helsepersonell og fratatt rett til selvbestemmelse fra pasientene (Solum, Slettebø og Hauge 2008 og Lejman et al. 2013).

4.1.3 Opplevelse av trygghet og lettelse.

Funn fra vår studie viser at helsepersonellet følte det nødvendig å bruke tvang for å beskytte pasientene mot skader og ulykker. Helsepersonellet anså dermed tvang som nødvendig, til tross for at de visste at tvang skadet integriteten, men følte det ga pasienten trygghet. De følte de ikke hadde noe valg, ved å bruke tvang kunne helsepersonell føle lettelse (Saarnio og Isola 2010, Kong og Evans 2012, Chuang and Huang 2007)

Restrain protect elders so restrain give us relief. I don't know whether it is right or not to feel relief. Anyway, we feel relief with restraints. We can do other work, with out worry, when we use restraints (Kong og Evans 2012, 176).

Det oppstår usikkerhet og etiske dilemma i forbindelse med situasjoner som innebærer tvang. ”I mean, it’s such a conflict feeling, for me at least, I mean that it’s like feeling bad, like I really wish I had a better way of dealing with this but I don’t” (Saarnio og Isola 2010, 3202).

Hjelpemiddel som hindrer mobilitet, som sengehest, var av personalet sett på som unødvendig, og ble regelmessig tatt opp til diskusjon (Lejman et al. 2013). På andre avdelinger var dette blitt en del av rutinen og det ble aldri diskutert (Jakobsen og Sørli 2010, Chuang and Huang 2007).

Sometimes, we are too busy to think about patients’ feelings. This practice is just like a routine.. an instant reaction.. especially at busy moments. When we are busy, we just think it is better to restrain patients because it will make the job easier (Chuang and Huang 2007, 489).

I artikkelen til Chuang og Huang (2007) viser funnene at tvang benyttes for å få kontroll over pasientens oppførsel eller for å forhindre at pasienten skader seg selv, ved for eksempel å forhindre fall. Det var også her en del av rutinen til personalet. Andre eksempel som kom fram var å bruke tvang for å forhindre at pasient skulle dra ut nesensonden eller intravenøse helsepersonell følte lettelse når de administrerte tvang, fordi det gjorde jobben lettere (Kong og Evans 2012).

4.1.4 Tvangsbegrensning og bearbeidelse av egne følelser

Helsepersonell har et ønske om å forebygge eller forhindre bruk av tvang mot eldre på institusjon. Ansatte hadde egne metoder for prøve å forhindre bruk av tvang. En metode var å ”coax and lure” som innebærer å fokusere på noe positivt. Ansatte kunne distrahere pasientene som en måte å unngå å bruke tvang. Andre metoder var å motivere pasienten, gå ut av pasientrommet og prøve igjen senere eller bytte av personell (Gjerberg et al. 2013, Lejman et al. 2013 og Hem et al. 2010).

Det ble lagt vekt på nødvendighet for alternativt utstyr eller metoder for å forhindre at pasientene falt ut av sengen eller rullestolen, og forhindre at pasientene dro ut behandlingsutstyr slik som kateterslanger. Helsepersonell uttrykte at ved å bruke alternativ utstyr kunne det være mulig å unngå bruk av tvang (Kong og Evans 2012).

Deltagerne i studien til Chuang og Huang (2007) fortalte at det å dele sine erfaringer, var hjelpsomt i bearbeiding av negative følelser.

I will go to talk to my colleagues. If I feel sad, I will talk to them... which bed.. what I did.. I tied the patient down.. tell them the process.. then they will say right.. they know about it... They are more understanding than other people. Then we make some jokes.. everybody laughs, then I feel better (Chuang og Huang 2007, 490).

Helsepersonellet brukte tvang for å forsvare egne handlinger, og brukte dette som en metode for å håndtere følelsene de fikk ved bruk av tvang. Ansatte kunne forklare at de brukte tvang fordi de ikke hadde noe valg og de ser på tvang som en del av arbeidshverdagen (Saarnio og Isola 2010 og Chuang og Huang 2007).

4.2 Tvang når kompetanse og tid ikke strekker til

Funnene fra artiklene tilsier at trange rammer fører til utfordrende arbeidsdag, fordi det er mange ufaglærte på arbeid samtidig med manglende relevant kunnskap. Dette gjør det krevende da det i tillegg er lavere bemanning (Garden og Hauge 2012, Gjerberg et al. 2013, Saarnio og Isola 2010 og Jakobsen og Sørli 2010).

Ansaret for mange pasienter på samme tid ga personalet en opplevelse av tidsmangel i arbeidshverdagen. Garden og Hauge (2012) forteller at helsepersonellet ofte kunne føle seg alene, fordi det kunne være få ansatte med tilstrekkelig kunnskap om tiltak som kan forebygges og begrense tvangsbruk. ”Alle de oppgavene som ligger foran meg! Jeg tenkte for meg selv ”Herregud, hvordan skal jeg klare alt sammen når du motsetter deg!...” (Garden og Hauge 2012, 20).

Helsepersonellet i studien til Gjerberg et al. (2013) beskriver at tilstrekkelig tid og personal på arbeid var faktorer som var betydelig for å unngå tvangsbruk. Helsepersonell uttrykte et ønske om mer tid på arbeid, slik at de kan fokusere på å gi individuell omsorg (Jakobsen og Sørli 2010 og Kong og Evens 2012).

It is really busy in the mornings. Even chaotic. Eight morning care patients... Those who shout the loudest get most help. It's difficult to prioritize among them... A lot gets done as a matter of routine (Jakobsen og Sørli 2010, 295).

Tid og kompetanse ble også beskrevet som viktige faktorer på hvor mye tvang som ble utøvd, men også ressurser og innholdet i tjenesten er blitt beskrevet som svært viktig for hvor mye tvang som blir brukt (Gjerberg et al. 2013 og Kong og Evans 2012). Helsepersonell vet at mangel på ressurser ikke er et lovlig argument for bruk av tvang (Pedersen et al. 2013).

4.3 For pasientens beste

Pasientene oppfattet ikke alltid den hjelpen de fikk som nødvendig. Pasientene gjorde motstand når personalet ønsket å gi dem livsnødvendig medisin. Tvangsbruken kunne også oppstå i situasjoner hvor helsepersonalet ønsket å hjelpe i stillesituasjoner. Det er ikke alltid pasientene forstår de langsiktige konsekvensene av valgene de tar, og det blir derfor vanskelig for pleierne. Når pasienten er vurdert til å mangle evne til å ta valg eller uttrykke egne valg blir det lettere for personalet å ta avgjørelser på vegne av pasienten (Jakobsen og Sørli 2010 og Garden og Hauge 2012).

Balansen mellom autonomi og verdighet viser seg å være utfordrende. Autonomi er ikke alltid mulig for pasienten, dette grunnet svekket vurderingsevne for å ta beslutninger og evnen til å ta imot informasjon. Det blir derfor vanskelig å ivareta pasientens autonomi når de ikke kan møte sine egne behov (Jakobsen og Sørli 2010).

When a patient won't get washed. It's difficult and hurtful to do what the patient doesn't want. We've been trained to respect the patient's history – but some things have to be done... I have a patient who will never wash and look after herself. Some days I dread going to work (Jakobsen og Sørli 2010, 292).

Helsepersonell må derfor i ulike situasjoner ta noen av avgjørelsene på vegne av pasientene. Dette i form av å praktisere tvang ved å innskrenke pasientens mulighet for fri mobilisering på ulike måter. Det begrunnes for å beskytte pasienten fra å skade seg selv. Dette viser seg å være et etisk dilemma i flere av artiklene (Saarnio og Isola 2010 og Jakobsen og Sørli 2010).

I artikkelen til Kong og Evans (2012) foretrakk helsepersonellet å bruke ordet beskytte i stede for tvang. Dette begrunnes med at de mente de beskyttet pasienten, ikke skadet dem. For å forhindre skade og bevare pasientenes sikkerhet, følte de seg forpliktet til å bruke tvang. "(...)I think that accident should never happen on my duty, so i am obligated to use restraint" (Kong og Evans 2012).

Hensikten med å benytte tvang som omsorgstiltak var å oppnå pasientens beste. Hva som egentlig var pasientens beste var utfordrende å avgjøre i mange situasjoner. Om personalet anså pasienten som tapt, ved at de for eksempel var redusert kognitivt og pasienten ikke anså stell som nødvendig kunne tvang bli brukt. Tvang ble brukt i situasjoner der helsepersonell ønsket at pasienten skulle se velstelt ut, for å ivareta verdighet og beskytte pasientens respekt. Selve tvangssituasjonen kunne oppleves som en kamp mot pasienten, der pasienten for eksempel motsatt seg dusj. Her beskriver de at de strever med egne følelser som skal innfri et faglig ideal om å gjøre det beste for pasienten med ressursene som er tilgjengelig (Garden og Hauge 2012). Tvang ble brukt i situasjoner der pasientene utøvde fysisk eller verbal motstand mot behandling eller stell som var til pasientens beste. Beroligende medisiner ble skjult i maten eller gitt intramuskulært for å roe ned pasienter som var verbalt eller fysisk urolig. De kunne holde pasientens hender under stellsituasjoner for å få stellet gjort og for å unngå å bli slått eller skadet (Pedersen et al. 2013).

I artikkelen til Hem et al. (2010) fremstod stell av negler som utfordrende. Pasienten ville ikke stelle neglene, og helsepersonalet så konsekvensene av å ikke klippe neglene. Artikkelen beskriver situasjoner der opptil fire – fem personer er involvert i negleklippingen.

Jeg fikk klippet neglene hennes en gang, men da var det to stykker som satt med henne i sofaen og så var det to stykker som sto bak. (...) Det blir jo på en måte tvang når en må holde hånden og det den andre klipper neglen. (...) Da hadde jeg mitt ben slik at hun ikke hadde mulighet til å trekke til seg foten... Men da gikk det, da fikk vi tatt noen. (...) En annen strategi er... hvis du passer på når medisinen begynner å virke, så kan du kanskje få klippet en negl (Hem et al. 2010, 298).

4.4 For medpasienter, pårørende og ansattes beste

Tvang ble brukt med hensyn til andre som medpasienter, pårørende og ansatte. For eksempel har man måtte stenge medpasienter inne for å beskytte dem mot en truende pasient (Pedersen et al. 2013, Jakobsen og Sørli 2010 og Saarnio og Isola 2010, Gjerberg et al 2013).

Beroligende medikamenter ble brukt når de anså det som umulig å få ro i avdelingen. Personalet var slitne av å prøve å roe ned pasienten ved å snakke med dem (Solum, Slettebø og Hauge 2008 og Hem et al. 2010).

One of the caregivers came and asked me to give Elise tranquillizers. I asked her if she had tried to understand what she wanted. 'No', she replied, 'it's impossible. Please give her two pills'. When I spoke with Elise, she told me that she wanted an appointment with a pedicurist. I arranged that for her, and she was calm for the rest of the day (Solum, Slettebø og Hauge 2008, 540).

5.0 Diskusjon

I de generelle retningslinjene for avsluttende bacheloreksamen i sykepleie (2015) beskrives det at diskusjonsdelen av bachelor skal inneholde både metodediskusjon og resultatdiskusjon. Funnene skal også drøftes oppimot mulige konsekvenser for sykepleiers yrkesfunksjoner, bakgrunnsteori, egen erfaring og hensikt (Generelle retningslinjer for avsluttende bachelor eksamen i sykepleie 2015).

5.1 Metodediskusjon

Planleggingen av bacheloreksamen startet allerede tidlig april 2015, da diskuterte vi eventuelle tema og hva vi ønsket å skrive om. Vi har begge mye erfaring med arbeid fra sykehjem og pasienter med redusert kognitiv evne. Dette kan diskuteres å være både en styrke og en svakhet i vår litteraturstudie. På den ene siden kan det være en svakhet fordi vi har jobbet med eldre og har mye sympati til dem, og vår forforståelse kan påvirke hvordan vi tolker funn fra artiklene. På den andre siden kan vår forforståelse være en styrke i vår studie, vi kjenner oss igjen i mange av artiklene sine funn og på denne måten lettere forstå funn fra artiklene. I tråd med våre egne erfaringer, var det flere av funnene som overrasket oss, som viser at vi ikke bare har forkusert på funn som samsvarte med våre erfaringer, men vi har i alle fasene av prosessen vurdert vår egen åpenhet og forforståelse. Vi forventet ikke at artiklene var så ærlige og at flere av artiklene inneholdt funn som likegyldighet, dette ser vi på som en styrke.

Allerede slutten av april 2015 bestemte vi oss for tema og hensikt. Vi hadde funnet en midlertidig problemstilling, og søkte sammen på artikler etter sommeren. Det var vanskelig å få treff på artikler som ga svar på vår daværende problemstilling. Vi valgte derfor å gå litt vekk fra problemstillingen når vi søkte på artikler, og heller kun søke på utvalgte søkeord som ”tvang” og ”eldre” fra hensikten vår. Dette fordi vi visste at det var innenfor disse to søkeordene vi ønsket å ha vår bacheloroppgave.

Høsten 2015 bestilte vi time med bibliotekar for å få hjelp til å sette opp et PIO –skjema som var mer rettet mot vår daværende problemstilling. Hun hjalp oss med å strukturere vårt PIO-skjema og finne synonymer til våre søkeord. Ved at vi fikk flere søkeord og synonymer førte dette til at vi fant gode og relevante artikler. Dette ser vi på som en styrke

i vårt arbeid, om vi ikke hadde fått hjelp kunne dette ført til at vi kunne gått glipp av gode artikler.

Vi satte opp inklusjons- og eksklusjonskriterier som hjalp oss å velge hvilke artikler som var aktuelle og relevant i henhold til vår hensikt. Vi fant ikke nok relevante artikler som svarte på vår hensikt, og valgte derfor å utvidet søket med fem år (2005-2015). Vi har inkludert artikler som er eldre enn 5 år, som kan argumenteres for å være en svakhet i vår studie. Grunnen til valget, er at vi mener at helsepersonells erfaringer knyttet til tvang ikke er tidsbestemt. Det kan også ses på som en styrke da det viser at erfaringene ikke har forandret seg over tid, og dette kan underbygge nyere forskning.

Vi fikk tilbakemelding rett før seminar 2 innleveringen at vår problemstilling og hensikt var for lik, og bestemte oss for å utelate problemstilling. Vi ser ikke på dette som en svakhet da vi har gjennom søkeprosessen og arbeidet med bachelor jobbet ut i fra daværende problemstilling og hensikt.

5.1.1 Søkestrategi

Søkeprosessen vår begynte høsten 2015 og vi har jobbet jevnt siden da. Først utarbeidet vi et PICO-skjema, men har valgt å ekskludere C ettersom vi ikke skal sammenligne tiltak i vår studie. Vi endte opp med et PIO-skjema hvor vi startet med få søkeord før vi utvidet til flere søkeord. Under veiledningen med bibliotekar fikk vi hjelp til å utforme et bedre PIO-skjema. Vi fikk hjelp til å strukturere skjemaet og finne gode søkeord. Noen av våre søkeord ble ekskludert i samråd med bibliotekar.

Søkeordene vi brukte har endret seg over tid, da vi ikke fant alle søkeordene nødvendig. Vi har valgt å inkludere søkeord som ”etikk” og ”moral”, for å forbedre våre treff i de ulike databasene. Vi har brukt fem ulike databaser i vår søkeprosess, databasene vi brukte var ProQuest, SveMed+, PubMed, CINAHL og Ovid Medline. Dette anser vi som en styrke, ettersom bruk av færre søkemotorer kunne ført til at vi gikk glipp av artikler som svarte på vår daværende problemstilling. Vi fikk ikke treff i ProQuest, SveMed+ og PubMed, og dette ser vi på som en svakhet.

5.1.2 Kvalitetsvurdering og etiske overveielser

Eldre er en sårbar gruppe, vi mente derfor at det var viktig at alle våre inkluderte artikler hadde tatt etiske hensyn. Når det lages en studie innenfor dette tema, synes vi også at det er viktig å ta hensyn til deltagerne, i form av etiske overveielser. Vi mener derfor det er spesielt viktig da det kan være et sårbart tema å snakke om for helsepersonell.

Vi kvalitetsvurderte de inkluderte forskningsartiklene ved å brukte sjekklisten for vurdering av kvalitative forskningsartikler (2014). I sjekklisten for å vurdere kvalitativ forskning er det 11 spørsmål der du kan svare ja, uklart eller nei. Vi har utarbeidet et rangeringssystem, med utgangspunkt i sjekklisten for vurdering av kvalitative forskningsartikler (2014). I vårt rangeringssystem har vi valgt å slå sammen spørsmål 10 "hva er resultatene" sammen med siste punktet "kan resultatene brukes i min praksis?", dette fordi vi anser de to punktene som nært forbundet med hverandre. I rangeringssystemet vårt ble 8 rangert som middels bra, 9 rangert som bra og 10 rangert som svært bra. Fikk artiklene en score på under 8 av 10 vurderte vi de som ikke bra nok for vår studie. Av våre 10 inkluderte artikler er 8 artikler vurdert til svært bra og 2 som bra. Rangeringssystemet kan argumenteres som en positiv faktor som styrker denne studien. Alle våre 10 inkluderte artikler bestod kvalitetvurderingen,

Når vi leste igjennom artiklene så vi at hensikten til noen av artiklene ikke samsvarte med vår hensikt, se vedlegg 4 (artikkel 2, 6 og 7). Vi valgte lese igjennom artiklene og oppdaget for det første at det var solide funn som svarte på vår hensikt. For det andre fikk artiklene bestått på vår kvalitetsvurdering og med grunnlag i dette valgte vi å inkludere artiklene. Dette ser vi på som en styrke da dette er med på å underbygge våre funn.

Vi er bevisst på at lover for pasientrettigheter og helsepersonell kan være forskjellige i ulike land. Lover kan påvirke holdninger knyttet til bruken av tvang hos helsepersonell, og dette ser vi på som en svakhet. I vår studie er det inkludert 2 artikler som ikke er fra Norden, den ene er fra Taiwan og andre fra Korea. Artiklene ble inkludert, fordi vi merket oss at helsetjenesten er relativt likt som i Norge, og på grunnlag av dette er overførbart til norsk praksis. Vi undersøkte holdningene til begge landene, som er ganske likt som i Norge og vi tror ikke dette vil påvirke våre funn på en negativ måte. Vi har ekskludert de funnene i artiklene som ikke relateres til vår kultur. Vi ser på dette som en styrke da dette viser at tvang ikke bare er et problem i Norge men også i andre land.

5.1.3 Analyseprosessen

I analysearbeidet var det utfordrende å finne ut hva artiklene prøvde å fortelle, vi fant god hjelp ved å bruke Evans (2002) fire faser for analysearbeid. En svakhet i vår oppgave er at syv av våre inkluderte artikler er skrevet på engelsk og vi måtte oversette til norsk, som kan ha medført misforståelser i forhold til innhold og funn. Vi utførte analysen på en strukturert og systematisk måte. Først samlet vi inn relevante artikler, fordelte de oss i mellom og leste gjennom. Underveis ble nøkkelfunn markert og når alle artiklene var lest igjennom diskuterte vi oss imellom. Alle hovedfunn fra artiklene ble skrevet ned i en artikkeloversikt, og vi fargekodet funnene, som gjorde det lettere å finne tema og strukturer hovedfunnene, se vedlegg 6. Vi hadde først fire hovedfunn, men oppdaget at temaene fløt over i hverandre og valgte å ha 3 hovedfunn. Det er mulig studien fortsatt bærer preg av dette, som kan anses som en svakhet i vår oppgave. Ved at våre hovedtemaer flyter inn i hverandre, viser dette ulike etiske dilemmaer som personalet må ta hensyn til, og hvordan hovedtemaene påvirker hverandre. Vi har valgt å se på dette som en styrke i vår studie.

Studien vår inkluderer to artikler som ikke baserer seg i sykehjem. Avgjørelsen som helsepersonell må ta er like utfordrende uavhengig av institusjon og sykdom. Det er også slik at noen av artiklene spesifikt nevner demente, mens andre artikler ikke gjør det. Dette er ikke noe vi har vurdert som en svakhet. I vår studie har vi inkludert artikler der deltagerne ikke bare er sykepleiere, men også annet helsepersonell. Dette kan ses på som en svakhet, da det ikke bare sykepleiers kommentarer og erfaringer vi undersøker, men også annet helsepersonell, som for eksempel leger, hjelpepleiere og generelt andre pleieassistenter. Det kan diskuteres om alle erfaringene ikke er like overførbare til vår sykepleiepraksis, men som tidligere nevnt kjenner vi oss igjen i mange av funnene og mener det er overførbart, og ser derfor på dette som en styrke.

Videre er vi oppmerksom på at flere av forfatterne har vært med på flere av studiene vi har inkludert, dette kan diskuteres å være en svakhet i vår studie, fordi det kan være samme datamateriale som er brukt om igjen i de ulike studiene. Dette var vanskelig for oss å klargjøre. På den andre siden har vi valgt å anse som en styrke da dette viser at forfatterne er engasjert innenfor sykepleieetikk. Vi ser i etterkant at dette er noe vi kunne gjort annerledes da dette kan ha påvirket våre funn. Om vi hadde valgt å ekskludere noen av disse

artiklene, og inkludert andre artikler kunne dette ha ført til andre funn som kunne styrket vår resultatdel.

5.2 Resultatdiskusjon

I denne studien var hensikten å belyse helsepersonells erfaringer ved bruk av tvang ovenfor eldre på institusjon. Erfaringer i denne litteraturstudien innebærer alle profesjonsgrupper i helsevesenet. Disse erfaringene kan overføres til et rent sykepleieperspektiv siden sykepleiere utgjør også en stor del av personalet på en institusjon og erfaringene er delte. På grunnlag av dette vil sykepleiebegrepet bli brukt i vår resultatdiskusjon.

Etter endt analyse av artiklene endte vi opp med tre hovedfunn. Våre hovedfunn består av holdninger og følelser knyttet til det å måtte bruke tvang, ulike faktorer som påvirker bruken av tvang, (som sikkerhet og trygghet for pasienten) og tilslutt trange rammer i arbeidshverdagen. Våre hovedfunn påvirker hverandre, og kan ses i sammenheng når en sykepleier skal ta avgjørelsen om å utføre tvang.

5.2.1 Betydningen av den emosjonelle opplevelsen

Sykepleiers holdninger er avgjørende for hvordan en møter pasienten. Sykepleiere skal følge de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Retningslinjene beskriver at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og verdighet og at pleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettigheter (Norsk sykepleieforbund 2014). I følge yrkesetiske retningslinjer punkt 2.7 (Norsk sykepleieforbund 2014) skal sykepleier beskytte pasienten mot krenkende handlinger som ulovlig og unødvendig rettbegrensning og tvang. I oversiktsartikkelen til Möhler og Meyer (2013) poengterer de at selv om det er retningslinjer, så er det vanlig å utøve tvang i eldreomsorgen.

Når sykepleierene utførte tvang ovenfor eldre mot deres vilje, beskrev de følelser som frustrasjon, skyldfølelse, tristhet og ubehag. I tillegg uttrykker sykepleierne at de syntes synd på pasientene ved utførelse av tvang (Saarnio og Isola 2009, Chuang og Huang 2005, Hem et al 2010). Deltakerne fra Chuang og Huang (2007) brukte tvang uten å nøle, til tross for at pasientene gjorde motstand. Om pasientene ikke gjorde motstand i forhold til tvang uttrykte en sykepleier at hun ikke følte noe spesielt. En annen sykepleier uttrykte å

bli for følelsesmessig engasjert når hun måtte bruke tvang. Noen så på de som sine egne besteforeldre det ble brukt tvang mot. Dette kan føre til at sykepleierne vegrer seg mot å utføre tvang grunnet for stort følelsesmessig engasjement i tilfeller hvor tvang er uungåelig. Krevende situasjoner gjør det vanskelig for sykepleier å holde seg profesjonell, og emosjonene kan komme til syne. Med grunnlag i dette mener vi at flere institusjoner skulle hatt mestringsstrategier, hvor de setter fokus på refleksjon over egne følelser. Enhver situasjon hvor tvang benyttes, krever refleksjon over egne holdninger og handling. Tvang er et sårbart tema og kan for mange være en tung belastning å bære på. Vi vil argumentere for at det er mulig at tvungen helsehjelp kan føre til en følelse av utilstrekkelighet for personalet.

Helsehjelp som tidligere nevnt skal utføres av sykepleiere slik at det virker blant annet helsebevarende eller har et pleie og omsorgsformål (Pasient- og brukerrettighetsloven 2015), men med grunnlag i artikkelen til Chuang og Huang (2007) hvor en sykepleier uttrykte at hun ikke hadde samme lidenskap for yrke som da hun var nyutdannet. Kan det diskuteres om dersom sykepleier slutter å oppleve fortvilte følelser i situasjoner hvor det har blitt utøvd tvang kan dette føre til en lavere terskel for å utføre tvang senere. Noen vil hevde at personalet ikke utfører helsehjelpen i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven (2015). Når sykepleiere tar avstand emosjonelt er det mulig å anta at dette er for å beskytte seg selv.

Det kan altså argumenteres for at både mangel på empati og overdreven empati påvirker sykepleierens forhold til tvang. Der mangel på empati kan føre til lavere terskel for å utøve tvang, kan derimot overdreven empati til pasientene forstyrre sykepleierens evne til å ta situasjonen innover seg, vurdere og handle. Sykepleier kan involvere seg i situasjonen med så mye følelser og engasjement at det faglige perspektivet blir mistet og ikke handler godt nok. Sykepleier må finne riktige balansen mellom å være for distansert og å være personlig engasjert følelsesmessig for å kunne opprettholde en profesjonell dømmekraft (Sneltvedt 2013).

Emosjonenes viktigste funksjoner er å aktivere oss til handling. Vi blir ofte motivert av handlinger som bidrar til positive følelser (Helgesen 2011). Dette er noe som tydelig viser seg i vår studie, der sykepleierne får følelser som trygghet og lettelse ved bruk av tvang (Chuang og Huang 2007 og Lejman et al. 2013).

Behovet sykepleierne hadde for å utøve tvang beskrev de som nødvendig. Ved å utøve svak paternalisme ovenfor pasientene fikk det sykepleierne til å føle lettelse, fordi de kunne garantere pasientens trygghet. Kunnskap om at tvang skader integriteten er kjent hos sykepleierne, men de følte de ikke hadde noen valg (Saarnio og Isola 2010, Kong og Evans 2012 og Cuang og Huang 2007). Oversiktsartikkelen til Möhler og Meyer (2013) underbygger disse funnene. Sykepleierne ga uttrykk for at ved å erfare pasienter som gjorde motstand bidro dette til negative følelser mot bruk av tvang. Behovet sykepleierne føler for å utføre tvang dekker situasjoner hvor sykepleierne trenger å garantere pasientens trygghet og å utføre andre dagsoppgaver.

Funn fra Garden og Hauge (2012) viser en situasjon der en pasient ble styrt og presset til å gjøre ting han ikke ville, og ble beskrevet som vold, og bruk av makt fra personalet sin side. Med grunnlag i Lillevik og Øien (2014) kan press på en annen person, på en slik måte at en får personen til å gjøre noe, unnlate å gjøre noe eller tåle noe som er i mot personens egen vilje defineres som tvang (Lillevik og Øien 2014). Sykepleier må handle slik at den svake kan leve det beste liv de er i stand til (Martinsen 2003a). Derimot viser studiene at sykepleierne gir seg selv mye makt, og mener selv de vet bedre enn pasientene (Solum, Slettebø og Hauge 2008 og Garden og Hauge 2012). Det kan oppleves traumatiserende når pasientene blir utsatt for fysisk og psykisk makt (Lillevik og Øien 2014). Vi tenker at som følge av dette kan situasjonen eskalere og pasienten vil yte mer motstand og konsekvensen av dette er at pasientens autonomi vil bli krenket.

Sykepleier har mye fagkunnskap som fører med seg makt, og det kan hevdes at denne kunnskapen og makten fører med seg trygghet (Slettebø 2013). Vi tenker at som sykepleier må man ikke glemme respekten ovenfor pasienten som individ. Makten sykepleier har burde ikke bare ligge hos sykepleieren, men være fordelt mellom sykepleier og pasient (Slettebø 2013), til tross for at sykepleier har ferdigheter gitt ved utdanning og erfaring. Funn fra Hem et al. (2010) viser at pasientene reagerte med motstand når de opplevde manglende respekt. Personer som er kognitivt redusert har egne måter å kommunisere sine behov på. Sykepleiere må nærme seg pasienten med respekt for å møte behovene til pasienten (Eide og Eide 2013).

Pasienten har rett til å bli sett og hørt og har krav på få sine valg respektert. Dette er først og fremst en etisk rettighet, og ikke bare en juridisk rettighet (Slettebø 2013). Funn fra vår studie blir bekreftet av pensumlitteratur. I følge Kirkevold (2010), kan tvang og maktbruk i sykehjem gjøre at pasienter noen ganger ikke får den hjelpen de trenger. Eldre hjelpetrequende mennesker er spesielt utsatt for krenkelser fordi de er avhengig av pleiepersonalets hjelp, deres tid og kompetanse. Vi må derfor ikke misbruke pasientens avhengighet. Martinsen (2003a) beskriver at omsorg og avhengighet ofte kan ses på som negativt av befolkningen. Dette på grunn av at begrepene oftest forbindes med passivitet og mangel på selvbestemmelse. Det er ikke bare pasienten som er avhengige av vår hjelp, men vi som sykepleiere er også avhengig av deres tillit. Martinsen (2003a) fremhever viktigheten med at god relasjon vil føre til godt samarbeid og pasienten kan føle medbestemmelse i stede for krenkelser (Martinsen 2003a). Vår oppfatning er at ved tilstrekkelig kjennskap til pasientens vaner og behov, vil dette føre til et godt samarbeid. Dette er i tråd med Kirkevold (2014), å etablere en god relasjon mellom pasient og sykepleier er en viktig forutsetning for å kunne yte integritetsbevarende sykepleie overfor gamle pasienter, ettersom de er hjelpetrequende og i en sårbar situasjon. For å kunne ivareta den enkeltes integritet må sykepleieren ha kjennskap til hva pasienten foretrekker (Kirkevold 2014).

Aldringsprosessen påvirker kommunikasjonsferdighetene hos eldre. Sykepleiere må ta utgangspunkt i andre sitt oppmerksomhetsfokus og bruke bekreftende kommunikasjonsferdigheter. Hjelperens interesse, kunnskap, empati, omsorg og respekt er viktig for å få god kontakt og kunne kommunisere godt (Eide og Eide 2013). Vi tenker at utfordringene sykepleierne ofte møter i dagens samfunn er tidspresset i arbeidshverdagen. Dette påvirker i stor grad vår tid med hver enkelt pasient, som igjen gjør kommunikasjonen utfordrende. Som et bra sykepleietiltak kan det være aktuelt å forbedre kommunikasjonsferdighetene hos sykepleier ut i fra Eide og Eide (2013) sine ulike punkter i forhold til tidligere nevnt kommunikasjon med eldre.

Vi tenker at kvaliteten på relasjon er vesentlig for sykepleier, og hvordan relasjonen til sykepleier er i det praktiske arbeidet. I artikkelen Solum, Slettebø og Hauge (2008) blir det vist i en situasjon mangel på dialog mellom et av personalet og en urolig pasienten. Sykepleier gjør ikke forsøk på å finne ut hvorfor, hun velger derfor å gi henne beroligende medikament for å få ro i avdelingen. Med god kommunikasjon senere med pasienten får de

vite hva som plaget pasienten og løst problemet på annen måte. Vi tenker derfor at det er rimelig å anta at empati er en forutsetning for godt faglig arbeid og for hjelpende kommunikasjon (Eide og Eide 2013). Våre tanker rundt dette er at tvang blir brukt for å oppnå pleie i situasjoner der samspillet mellom sykepleier og pasient er mangelfull.

5.2.2 Å bruke tvang når kompetanse og tid ikke strekker til

Tid, kompetanse og innholdet i tjenesten ble beskrevet som viktig for hvor mye tvang som ble brukt. En sykepleiehverdag er preget av krav om effektivitet. Mangel på tid og ressurs sammen med høyt arbeidspress kan føre til at pasienten ikke får nødvendig pleie. Det blir beskrevet i flere av artiklene at bemanningen på jobb er utfordrende (Jakobsen og Sørлие 2010, Pedersen et al. 2013, Kong og Evans 2012, Gjerberg et al. 2013, Saarnio og Isola 2010 og Garden og Hauge 2012).

Artikkelen til Gjerberg et al. (2013) uttrykte sykepleierne at ved god ressurskapasitet, og dager med god bemanning, kunne de vie sin fulle oppmerksomhet til pasientene, det var da ikke nødvendig med ekstra medisiner. Ved dårlig ressurskapasitet og mangelfull bemanning hadde de derimot fortsatt råd til å gi ekstra medisin til pasientene. Er dette snakk om dårlig prioritering fra et politisk ståsted? Politikere må prioritere ulikt i samfunnet, og de har en viss mengde ressurser som skal fordeles. Vi tenker at lavere bemanning kan være et resultat av et forsøk på å redusere kostnadene for helsevesenet, men dette fører bare til større tidspress for sykepleierne. Deltagerne i studien til Pedersen et al. (2013) beskrev at på grunn av få ansatte på jobb eller manglende kompetanse kunne sykepleierne be legene om å skrive ut beroligende midler ”ved behov”, for å roe ned pasientene. Deltagerne beskrev også at det kostet dem mer å prøve å berolige dem på andre måter, grunnet tidspresset. På grunn av manglende tilstedeværelse av sykepleier hos pasientene blir det muligens brukt unødvendig tvang. I følge Eide og Eide (2013) er forskning om musikk som terapi mangelfull, til tross for at det er lite ressurskrevende å ta i bruk samt har få bivirkninger og gode resultater i eldreomsorgen, i form av høy pasienttilfredshet og reduksjon av motorisk uro (Eide og Eide 2013). Vi har egne erfaringer med grunnlag i dette, for mange kan musikk vekke minner og skape klare øyeblikk og forbedre kommunikasjonsevnen hos pasienten. Dette er et sykepleietiltak som krever lite ressurser, derimot krever dette at sykepleierne gjør en innsats i å få kjennskap til pasientens preferanser innenfor musikk.

Som nevnt tidligere blir lav bemanning uttalt som en utfordring blant sykepleiere. De brukte dette som en unnskyldning på hvorfor de utøvde tvang. Pasienter med redusert kognitiv evne og lav egenomsorgskapasitet er dårligst stilt og mottar det svakeste pleietilbudet (Slettebø 2010). Dette har vi også erfart i praksis da ressursene ikke strekker til for å gi ønskelig pleie, og som følge av dette blir det vanskelig å prioritere mellom pasientene. Det blir lagt vekt på at dersom bemanningen var bedre ville dette forebygge bruk av tvang. Det kan diskuteres om flere ansatte vil forebygge tvang, eller om det er behov for bedre og økt kunnskap blant de ansatte som allerede er der.

I følge vilkårene i pasient og brukerrettighetsloven kapittel 4, §4A-3, er ikke ressurser et lovlig grunnlag for utøvelse av tvang. Ved vår litteraturstudie ser vi at trange rammer fort blir brukt som argument for å forsvare tvangen. Dette begrunnes også med at virkeligheten ikke samsvarer med lovkravene. Å gi helsehjelp til pasienter som motsetter seg er et alvorlig inngrep i deres selvbestemmelsesrett. Det er derfor innført strenge krav for å kunne gi helsehjelp uten samtykke (Slettebø 2013). Funn fra Pedersen et al. (2013) viser at ansatte var usikker på reglene om tvungen helsehjelp, hvordan vurdere evne til samtykke og om sykepleier har nok kunnskap om å vurdere samtykke. Helsetilsynet (2013) underbygger funnene fra studien. Det viser at det er utstrakt bruk av tvang i strid med regelverket og at helsepersonell ikke har godt nok kjennskap til lovbestemmelsene.

Varighet av vedtak er et år, og når vedtaket utløper må sykepleier vurdere situasjonen på nytt og søke om å få fattet nytt vedtak (Molven 2012). Vår oppfatning er at dette krever både tid og kompetanse, og blir muligens derfor ikke gjennomført. I vår studie har vi sett at personalet som regel er klar over at det må vurderes evne til samtykke for så å søke om vedtak før tvang kan benyttes, men i praksis ser vi at dette ikke blir gjennomført. Det er rimelig å anta at dette er grunnet sykepleiers manglende kjennskap til lovbestemmelsene.

Travle arbeidsdager kan føre til konflikt, for eksempel hvis sykepleieren opplever at hun på den ene siden skal gjennomføre en viss mengde med arbeidsoppgaver, og på den andre siden ivareta det som er forventes av henne som omsorgsperson (Martinsen 2003b). Av erfaring har vi en oppfatning om at økt bemanning vil gi bedre pleie til pasientene. Problemstillinger oppstår fort når ressursene er begrenset. Vår erfaring er at tid viser seg å ha stor innvirkning på følelsesmessige belastninger hos personalet. Vi har selv erfart å ha

ansvaret for mange pasienter på en gang, og flere av pasientene du har ansvaret for vil da bli etterlatt til seg selv. Dette kan fort føre til en uheldig situasjon for pasientene. Vår personlige opplevelse er at tvang da blir brukt for å forhindre skade hos pasienten, mens vi er opptatt med andre pasienter. Tvang kan derfor ses på som et hjelpemiddel ansatte brukte for å gjennomføre dagens gjøremål. I følge Chuang og Huang (2007) sin studie erfarte sykepleierne bruk av tvang som en lettelse, ettersom de var opptatt med andre pasienter og ikke kunne vie sin fulle oppmerksomhet til hele avdelingen.

5.2.3 Tvang for å ivareta pasientens beste

Tvang ble brukt til hensyn for andre, og med ønske om å gjøre det beste for pasienten. Med tanke på ro i avdeling, kunne de lure pasientene til å ta beroligende. Å ta ulike avgjørelser der pasienten selv ikke var i stand til å møte sine egne behov, som å hindre mobilisering i frykt for at pasienten skal skade seg selv eller andre er vanlig. Pasienter ble dusjet mot sin vilje, fordi sykepleier ønsket at pasienten skulle se velstelt ut. Alt i alt begrunnet sykepleier at tvangen var til det beste for pasienten (Pedersen et al 2013, Solum, Slettebø og Hauge 2008, Garden og Hauge 2012, Jakobsen og Sørli 2010, Hong og Evans 2012 og Saarnio og Isola 2010).

Bruk av tvang i norsk helsevesen er utbredt, og sammenlignet med dagens ståsted er det nesten umulig å følge loven ved bruk av tvang. I 2009 fikk pasient- og brukerrettighetsloven et nytt kapittel som gir lov for tvungen helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse (Pasient- og brukerrettighetsloven 2015). Hensikten med loven var å begrense tvangsbruken (Feiring 2013). Funnene fra våre artikler bekrefter de store utfordringene som er på norske sykehjem og somatiske avdelinger.

I omsorg for pasientene er begrepene autonomi og verdighet sentrale. Individets autonomi står ofte i et motsetningsforhold til paternalisme, og det er derfor naturlig å se på sammenhengen mellom autonomi og paternalisme (Stang 1998). Pasientmedbestemmelse kan virke positivt inn på pasientene sin integritet, men det å gi pasientene full autonomi til å bestemme over seg selv kan i ulike tilfeller få alvorlige konsekvenser. På den ene siden ved at sykepleier handler paternalistisk ovenfor eldre fører dette til at de får stelt seg, men på den andre siden krenker vi samtidig deres integritet. Med dette ser vi at det er vanskelig å finne en god balanse mellom autonomi og paternalisme. Kari Martinsen fremhever

betydningen av at omsorgen må tilrettelegges og gjennomføres på en slik måte at pasienten opplever anerkjennelse, og ikke umyndiggjøring (Kristoffersen, Nortvedt og Skauge 2005). Vi tenker at dette kan være en konsekvens for praksis ved at for eksempel stell kan oppleves ydmykende for pasienten. For det første er pasienten hjelpetrengende, for det andre er pasienten i en sårbar situasjon og for det tredje kan dette oppleves krenkende for pasienten som mister kontroll på situasjonen ved at vi med makt utfører stell ovenfor pasienten fordi vi ønsker det beste for pasienten.

Hensikten med tvang som omsorgstiltak var fordi sykepleierne ønsket å gjøre det beste for pasienten. Tvang ble brukt når sykepleierne ønsket at pasientene skulle se velstelt ut, for å ivareta deres verdighet, og beskytte pasientenes respekt. Det blir beskrevet av sykepleiere at i tilfeller der en pasient har avføring og urin fra topp til tå oppfattes behovet for stell så høyt at dersom pasienten motsetter seg helsehjelp, ser personalet på det som nødvendig. På den ene siden vil dette føre sykepleierne inn i en tvangssituasjon, hvor integriteten og respekten kan bli truet hos pasienten. På den andre siden kan det diskuteres for hvor verdig det er for en pasient å ha avføring eller urin fra topp til tå (Garden og Hauge 2012, Pedersen et al. 2013, Hem et al. 2010, Jacobsen og Sørli 2010). I følge pasientrettighetsloven § 4A (2015) skal tvang bare brukes når unnlattelse av helsehjelp kan føre til vesentlig skade for pasienten (pasient- og brukerrettighetsloven 2015). Vi er derimot gjennom vår sykepleieutdanning opplært til hvor viktig hygiene er for vår helse og forebygging av infeksjoner. I et godt stell skal renslighetsprinsippet bli fulgt på en forsvarlig måte, og i alle handlinger skal infeksjonsforebygging være sentralt (Skaug 2011).

Tvang som omsorgstiltak ble i artikkelen til Garden og Hauge (2012), brukt til pasientens beste. En artikkel utgitt i tidsskriftet *Geriatrisk Sykepleie* (2013) underbygger våre funn. Forfatterne av artikkelen uttrykte at tvang for pasientene oppleves som krenkende, tap av autonomi og tap av verdighet. Ved at sykepleier viser respekt og empati kan dette styrke pasientens verdighet og integritet. De legger også frem at kompetanse er viktig. Sykepleier trenger kompetanse til å tolke pasienten. For å ivareta pasientens respekt er det nødvendig å være bevisst på at tvang er maktbruk (Sjåstad, Larsen og Olsen 2013). Kari Martinsen fremhever den svake paternalismen som det ønskelige. Det er mulig at ved kun prioritering av pasientautonomi kan det føre til at pasienten ikke får sine behov tilstrekkelig møtt. Pasienter kan være i en tilstand der de ikke klarer å ta vare på seg selv, og i slike

situasjoner må sykepleier derfor ta avgjørelsene på vegne av pasientene (Kristoffersen, Nortvedt og Skauge 2005).

Sykepleier uttrykte at de opplevde det som nødvendig å utføre tvang ovenfor pasienten fordi pasienten ikke var i stand til å møte sine behov, og det ble vurdert som det beste for pasienten. Det er ikke alltid pasienten forstår de langsiktige konsekvensene av valgene de tar, noe som gjør det vanskelig for pleierne. Derimot, når en pasient er vurdert til å ha manglende vurderingsevne, blir det ikke like vanskelig å ta valgene på vegne av pasienten (Jakobsen og Sørli 2010 og Garden og Hauge 2012). Tvang innebærer fravær av samtykke, og mange eldre er påvirket av aldringsprosessen og har sykdom som gjør at pasienten ikke forstår hva hun eller han samtykker eller motsetter seg. Sett i et slikt lys opplever sykepleiere at de må gjøre noe som går på tvers av pasientens ønsker for å ivareta pasientens behov. Pleierne sier de ikke ønsket å bruke tvang, men samtidig ønsket de å ivareta pasientenes behov.

Ved direkte bruk av tvang ble hjelpemiddel til mobilisering fjernet slik at de ikke klarte å forlytte seg selv (Saarnio og Isola 2010). I tilfeller med bruk av sikkerhetsbelter eller bord foran pasienten er eksempler på svak paternalisme. I slike situasjoner er vår hensikt til det beste for pasienten (Slettebø og Nortvedt 2006), men omsorgenmoral i forhold til makt, må brukes ansvarlig med utgangspunkt i sympati og sentimental omsorg (Martinsen 2003a). Det kan da diskuteres at når vi som sykepleiere utfører svak paternalisme ovenfor pasienten for å få oversikt på avdelingen, om vi da har med hensikt å gjøre det beste for pasienten. Vi har selv personlige erfaringer der vi har hatt ansvar for flere pasienter. Alle skal helst opp, stelles og ha sine medisiner til samme tid. Dette er ikke overkommelig, da alle på jobb har samme mengde arbeidsoppgaver, så alle må gjøre jobben selv. Dette fører til at noen må ligge lengre i sengen enn andre, og andre blir sittende på rommet sitt alene uten tilsyn over lengre tid. Som et resultat av dette, blir det utøvd tvang, for å holde pasientene i ro, slik at en får oversikt slik at de eldre ikke skulle skade seg selv, som for eksempel ved å dra ut kateterslanger.

6.0 Konklusjon

I vår litteraturstudie var hensikten å belyse helsepersonells erfaring med bruk av tvang mot eldre pasienter innlagt på institusjon. Vi fant tre hovedtema etter analysen av vår studie. Temaene var den emosjonelle opplevelsen, tvang når kompetanse og tid ikke strekker til og for pasientens beste. Studien viser at sykepleiers holdninger og følelser, ønske om sikkerhet for pasienten, og trange rammer i arbeidshverdagen er avgjørende faktorer for hvor mye tvang som ble benyttet.

Funn i vår studie viser at tvang er forbundet med fortvilte følelser. Helsepersonellet følte behov for å utføre tvang for å fremme pasientens trygghet, noe som ofte førte til indre konflikter. Helsepersonellet fant ofte grunner for å forsvare tvang, for å bevise for seg selv at handlingene de utførte er riktige. Andre uttrykte at de ikke hadde noe medfølelse for pasienten, og mente dette var det beste for begge parter.

Helsepersonell fokuserte for mye på de arbeidsoppgavene de skulle ha utført, isteden for å være tålmodig og etablere en god kontakt med pasientene. Tid og kompetanse viser seg å være et hinder for pasientens autonomi. Det viser seg i vår studie at sammenhengen mellom tidspress, dårlig bemanning og lavt kunnskapsnivå førte til bruk av tvang.

Å ivareta pasientens autonomi ga personalet etiske utfordringer, da pasientene ikke alltid oppfattet pleien som nødvendig. Sett i sammenheng med tidspress og dårlig bemanning, må mange av pasientene være alene store deler av dagen. Tvang ble da sett på som det beste tiltaket når sykepleierne fryktet at pasientene skulle påføre seg selv skade.

6.1 Konsekvens for praksis

I våre funn viser det seg at flere av personalet foretrakk å bruke ordet trygghetstiltak i stede for tvang. Vår oppfatning er at det er bedre å bruke ordet tvang, og ikke skygge over. På denne måten vil det være lettere å sette fokus på tvang og være en tankevekker. Tankevekkere trengs ikke bare for oss som helsepersonell, men også for politikere. Vi har sett igjennom vår litteraturstudie at tid og kompetanse har stor betydning for tvang. Vår oppfatning er at mer ressurser vil føre til mindre tvangsbruk, ettersom man ved tilstrekkelig ansatte på jobb kan tilby individuell pleie som videre vil bidra til å redusere faren for krenkelser.

6.2 Forslag til videre forskning

Det kan være nyttig dersom det forskes mer innenfor dette temaet, for å gi økt bevisstgjøring. Som følge av eldrebølgen vil antallet eldre i befolkningen øke, og det vil være behov for kompetente og faglig dyktige sykepleiere som kan gi forsvarlig pleie. Videre forskning som utforsker årsaken til helsepersonells manglende kompetanse i forhold til tvang, og deres manglende empati for pasientene kan være nyttig. Det kan også være hensiktsmessig å utforske sykepleietiltak for å forhindre bruk av tvang. Vi opplevde det vanskelig å finne tilstrekkelig med relevante artikler.

7.0 Litteraturliste

Chuang, Yeu-Hui og Hui-Tzu Huang. 2007 "Nurses'feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients". *Journal of Clinical Nursing*.16: 486-494.

Dalland, Olav. 2008. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Database for statistikk om høgere utdanning. 2015. «Publiseringskanaler». (Lest:16.11.2015) <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Eide, Hilde og Tom Eide. 2013. *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*, 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Evans, David. 2002. "Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data" *Australian Journal of Advanced Nursing*. 20(2): 22-26.

Feiring, Eline. 2013. "Utbredt bruk av tvang i sykehjem". *Tidsskriftet for Den norske legeförening*, 1 oktober: 1.

Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier: vurdering, analyse och presentation av omvårdnadsforskning*. 2.utg. Stockholm: Författarna och Bokförlaget natur och kultur.

Garden, May-Hilde og Solveig Hauge. 2012. "Kampen for pasientens beste – sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens". *Vård I Norden*. 106(32): 18-22. Cinahl.

Gjerberg, Elisabeth, Marit Helen Hem, Reidun Førde og Reidar Pedersen. 2013. "How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study". *Nursing Ethics* 20(6) 632-644. Cinahl.

Helgesen, Leif A. 2011. *Menneskets dimensjoner. Lærebok i psykologi*. 2. utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Hem, Marit Helene og Elisabeth Gjerberg, Reidar Pedersen og Reidun Førde. 2010 "Pleie og omsorg i grenseland mellom frivillighet og tvang". *Sykepleien forskning*. 5: 294-301.

Helsetilsynet. 2013. *Tvil om tvang. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 og 2012 med tvungen helsehjelp til pasienter i sykehjem*. Rapport fra helsetilsynet 2013:5. Oslo: statens helsetilsyn.

https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2013/helsetilsynetrapport5_2013.pdf

Høgskolen I Molde, Avdeling for helse og sosialfag. 2015. *Retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie*. Molde: Høgskolen i Molde.

Høye, Elisabet, Marit Higrav, Kaja Frøysa, Jon Erik Bastiansen og Heidi Magnussen. 2012. "Pleierenes kommentarer". NRK Forbrukerinspektørene og Fagforbundet helse og sosial. 2012. (Lest 19.03.16)

<http://www.nrk.no/livsstil/pleiernes-kommentarer-1.8053721>

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

Kong, Eun-Hi og Lois K. Evans. 2012. "Nursing staff views of barriers to physical restraint reduction in nursing homes". *Asian Nursing Research*. 6: 173-180.

Kristoffersen, Nina Jahren. 2011. "Teoretiske perspektiver på sykepleie" *I Grunnleggende Sykepleie bind 1*, red Nina Jahren Kristoffersen, 208-280. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt, Eli-Anne Skauge. 2005. "Teoretiske perspektiver på sykepleie" *I Grunnleggende Sykepleie bind 4*, red Nina Jahren Kristoffersen, 13-99. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kirkevold, Marit. 2014. "Den gamles integritet" I *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*, red. Marit kirkevold, Kari Brodtkorb og Anette Hylene Ranhoff, 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kirkevold, Marit. 2014. "Juridiske rammer og etiske utfordringer" I *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*, red. Marit kirkevold, Kari Brodtkorb og Anette Hylene Ranhoff, 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kunnskapssenteret. 2015. «Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler». (Lest: 16.11.2015)

<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklist-for-vurdering-av-forskning-artikler>

Lejman, Eva, Margareta Westerbotn, Ulrika Pöder og Barbro Wadensten. 2013. "The ethics of coercive treatment of people with dementia". *Nursing Ethics* 20(3): 248-262. Cinahl.

Lillevik, Ole Greger og Lisa Øien. 2014. *Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon*. Oslo: Gyldendal norsk forlag.

Martinsen, Kari. 2003a. *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, Kari. 2003b. *Fra Marx til Løgstrup – om etikk og sanselighet i sykepleien*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Molven, Olav. 2012. *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag.

Möhler, Ralph og Gabriele Meyer. 2013. "Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: A systematic review of qualitative and quantitative studies". *International Journal of Nursing Studies* 51: 274-288. Ovid Medline.

Norsk sykepleier forbund. 2015. "Yrkesetiske retningslinjer for sykepleier" (Lest ved flere anledninger) <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>

Nortvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Norheim og Liv Merete Reinart. 2012. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert- en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Akribe As.

Pasient og brukerrettighetsloven. 2015. *Lov av 22. mai 2015. nr 32 om pasient og brukerrettigheter*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Lest ved flere anledninger).

Pedersen, Reidar, Marit Helene Hem, Elisabeth Gjerdborg og Reidun Førde. 2013. "Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning". *Tidsskrift for Den norske legeforening* 133 (18): 1935-1939. Ovid Medline.

Romøren, Tor Inge. 2010. "Eldre, helse og hjelpebehov" I *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*, red. Marit kirkevold, Kari Brodtkorb og Anette Hylén Ranhoff, 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Saarnio, Reetta og Arja Isola. 2010. "Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional care of older people". *Journal of clinical Nursing*. 19:3197-3207. Ovid Medline.

Skaug, Eli-Anne. 2011. "Personlig hygiene" I *Grunnleggende sykepleie bind 2*, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, Oslo: Gyldendal Akademisk.

Slettebø, Åshild. 2010. "Juridiske rammer og etiske utfordringer" I *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten*, red. Marit Krikevold, Kari Brodtkorb og Anette Hylén Ranhoff. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Slettebø, Åshild. 2013. *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal norsk forlag

Slettebø, Åshild og Per Nortvedt. 2006. *Etikk i helsefagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sneltvedt, Torild. 2013. "Hva innebærer det å være en profesjonell sykepleier?" i *Etikk i sykepleien*, red. Berit Støre Brinchmann, 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Solum, Eva Merethe, Åshild Slettebø og Solveig Hauge. 2008 "Prevention of unethical actions in nursing homes". *Nursing Ethics* 15 (4): 536-548. Ovid Medline.

Stang, Ingun. 1998. *Makt og bemyndigelse – om å ta pasient- og brukervedvirkning på alvor*. Oslo: Universitetsforlaget.

Sjåstad, Merete, Anita Gumucio Larsen og Terje Årsvoll Olsen. 2013. "Hvordan styrke pasientens integritet og verdighet når tvang er nødvendig". I *Geriatrisk sykepleie*. 3: 8-18.

Vedlegg 1: Visuelt framlegg av resultat.

Vedlegg 2: PIO-skjema

Vedlegg 3: Oversikt over søkehistorikk

Vedlegg 4: Oversikt over inkluderte artikler

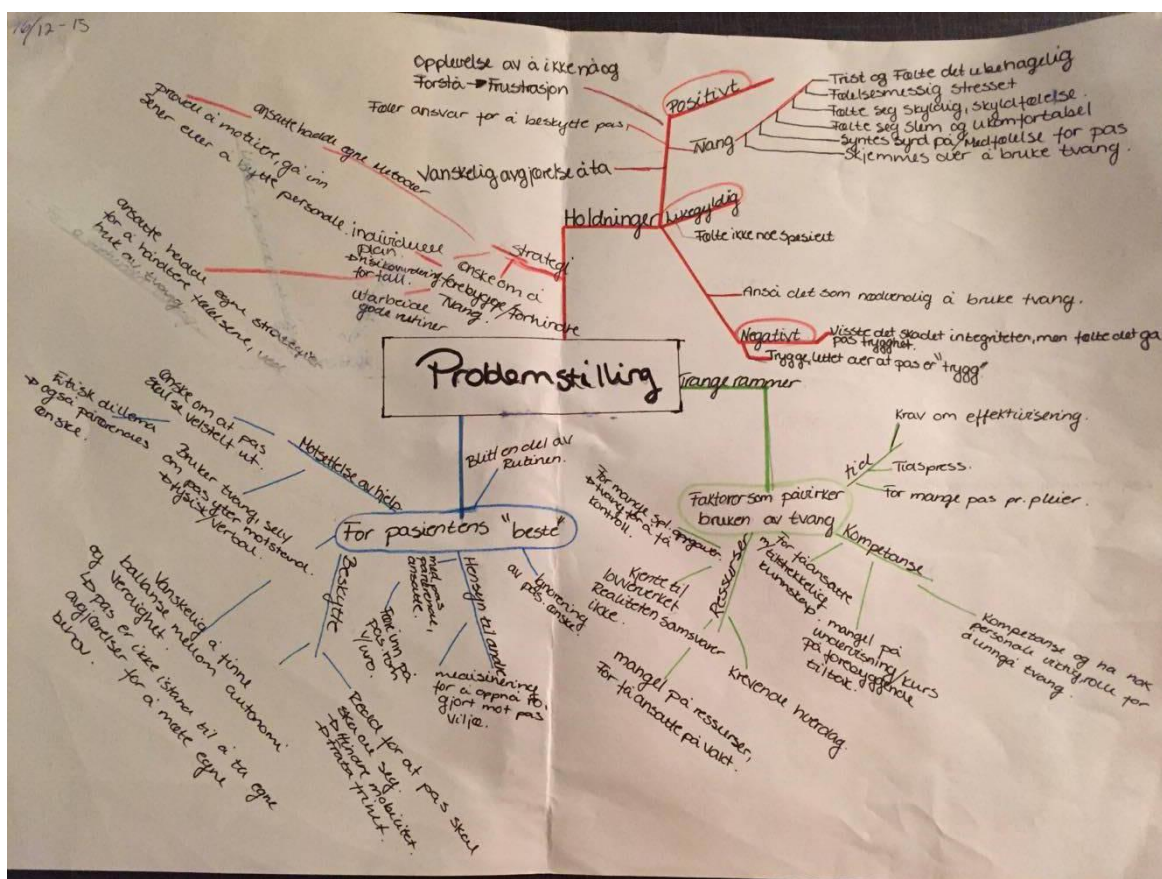
Vedlegg 5: Rangeringssystem

Vedlegg 6: Oversikt over funn

Vedlegg 1. Visuelt framlegg av resultat



Figur 1 – Modell for litteraturstudiens tema



Første utkast av tankekart fra funn fra artikler.

Vedlegg 2. PIO- skjema

	P	I	O
Norsk	sykehjem* beboer* geriatri* omsorgssent* langtidsopphold institusjon eldre	Tvang* fysisk tvang* begrensn* misbruk* tvinge medisinsk tvang*	føle* tenke synspunkt tro oppleve holdning oppfatning perspektiv erfar* etikk/etisk moral* paternalism*
Engelsk	nursing home resident* geriatric* care home long-term care residential care institution hospitalized elderly aged nurs* health personnel medical personnel	restrain* physical* physical restrain constrain* coerci* abuse forc* chemical restrain*	feel* though* view* belief opinios attitude* perception perspective experience* ethic* moral paternalism

Vedlegg 3. Oversikt over søkehistorikk

Søkemotor: Cinahl

Søk	Dato	Database	Antal treff	Leste abstract	Leste artikler	Inkluderte artikler
Coercion* and nurs* and dement*	04.09.15	Cinahl	7	7	3	3

Inkluderte artikler:

1. How to avoid and prevent coercion in nursing homes: Aqualitative study.
2. The ethics of coercive treatment of people with dementia.
3. Kampen for pasientens beste – sykepleiers opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens.

Søkemotor: Ovid Medline

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Inkluderte artikler
Health personnel or medical personnel and experience* and nursing home and coercion or restraint.	04.09.15	Ovid Medline	104	10	2	2

Inkluderte artikler:

1. Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning.
2. Dignity of people in nursing home: narratives of care providers.

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Inkluderte artikler
Nurs* or coerci* or restraint* or forc* and experiende* limit to yr 2005-current and (danish or english or norwegian or swedish) And ethic*	24.11.15	Ovid Medline	35	5	2	1

Nurs*or nursing home* or resident or aged* and coerci* or restraint or forc* or physical restraint and ethic* or exerieence* or attitude* and limit to (yr 2005 – current and (danish or english or norwegian or swedish)	24.11.15	Ovid Medline	27	3	3	1
---	----------	-----------------	----	---	---	---

1. Nurses feelings and thoughts about using physical restraint on hospitalized older patient.
2. Nursing staff perception of the use of physical restraint institutional care of older people in Finland.

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Inkluderte artikler
Health personnel or Nursing staff* and nursing home and paternalism or moral or attitude and ethical problem	25.11.15	Ovid Medline	16	2	1	1

Inkluderte artikler:

1. Prevention of unethical action in the nursing homes.

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Inkluderte artikler
Health personnel or nurs* or perseptiv* and long term care or nursing home or older people and coercion or restraint or chemical restrain and experience* or or attitude and limit to yr= 2005-current. Limit to (danish or english or norwegian or swedish).	08.12.15	Ovid medline	58	3	2	1 (oversiktsartikkel)

Inkludert artikkel:

1. Attitude of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: a systematic review of qualitative and quantitative studies.

Manuelle søk:

Dato:	Inkluderte artikler	Manuelt søk gjort i artikkel:
24.11.15	Pleie og omsorg i grenseland mellom frivillighet og tvang	Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning
08.12.15	Nursing staff views of barriers to physical restraint reduction in nursing homes	Attitudes of nurses towards the use of physical restraint in geriatric care

Vedlegg 4. Oversikt over inkluderte artikler

Artikkel 1

Forfatter	Reidar Pedersen, Marit Helen Hem, Elisabeth Gjerberg, Reidun Førde.
År	2013.
Land	Norge.
Tidsskrift	Tidsskriftet for Norske legeforening.
Tittel	Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning
Hensikt	Undersøke hvilke utfordringer og erfaringer som lege og andre sykehjems ansatte har med de nye tvangsbestemmelsene.
Metode	Kvalitativ
Instrument	Fokusgruppeintervju
Deltagere	Deltagerne besto av: 5 leger, 25 sykepleiere, 3 vernepleiere, 25 hjelpepleiere, 3 omsorgsarbeidere, 2 aktivitører og 2 ufaglærte. 5 forskjellige sykehjem i fire forskjellige kommuner på Østlandet. Det ble beskrevet at det var eldre pasienter og de hadde forskjellige diagnoser , men det kom uklart frem hvilke diagnoser pasientene hadde.
Hovedfunn	<p>Tvang ble benyttet i situasjoner der pasienten utøvde fysisk eller verbal motstand mot behandling eller stell, som var til pasientens beste. Tvang ble også brukt til : for andre medpasienter, pårørende og ansatte.</p> <p>Svært få vedtak ved bruk av tvang, tvangen som ble brukt kom utenfor eller på grensen av loven.</p> <p>Tid, kompetanse og innholdet i tjenesten ble beskrevet som svært viktig for hvor mye tvang som ble brukt.</p> <p>Deltagerne kjente til at mangel på ressurser ikke er en lovlig begrunnelse for tvang, men beskriver at realitetene ikke alltid passer med lovkravene.</p>
Kvalitet	Nivå 1 Vi vurderer den som svært bra.
Etisk vurdering	Ja. Ingen interessekonflikter og fullt anonymisert.

Artikkel 2

Forfatter	Eva Merethe Solum, Åshild Slettebø og Solveig Hauge.
År	2008.
Land	Norge.
Tidsskrift	Nursing Ethics.
Tittel	Prevention of unethical action in the nursing homes.
Hensikt	Undersøke hvordan omsorgspersoner vektlegger daglig dialog og gjensidig refleksjon for å oppnå moralske alternativ i hverdagen.
Metode	Kvalitativ.
Instrument	Fenomenologisk – hermeneutikk studie basert på intervju og observasjoner
Deltagere	7 sykepleiere på norske sykehjem. Det ble beskrevet i artikkelen at det var eldre pasienter med fysiske plager og aldringsrings problem, noen av pasientene på avdelingen var dement. Funnene i artiklene er kun knyttet opp mot pasienter som ikke led av demens, det beskrives deimot at ene pasienten har vært rammet av hjerneslag.
Hovedfunn	Personalet kunne føre pasientene inn på pasientrom for at vedkommende ikke skulle forstyrre medpasienter. Helsepersonellet ignorerte pasientønsker, de visste hva pasienten ønsket, men dette ble ikke fulgt opp. Medisinering av pasientene for å få ro i avdelingen, uten samtykke fra pasienten og mot pasientens vilje. Personell hadde dårlig samvittighet for dette. Mangel på samarbeid og dialog mellom ansatte.
Kvalitet	Vi vurderte artikkelen som svært bra.
Etisk vurdering	Ja. Artikkelen er godkjent av The Regional Research Ethics Committe for southern Norway. Også godkjent av Helsedirektoratet.

Artikkel 3

Forfatter	Marit Helen Hem, Elisabeth Gjerberg, Reidar Perdersen, Reidun Førde.
År	2010.
Land	Norge.
Tidsskrift	Sykepleien forskning
Tittel	Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang.
Hensikt	Beskrive hvordan pleiepersonalet erfarer og håndterer typiske situasjoner i sykehjem når omsorg og pleie skal gis til personer med demens som på forskjellige måter og i ulik grad motsetter seg slik hjelp.
Metode	Kvalitativ.
Instrument	Fokusgruppeintervju som er sammensatt tverfagelig.
Deltagere	60 pleiere på fem sykehjem, med demente pasienter.
Hovedfunn	<p>Resultatene viser at det å hjelpe personer med demens byr på mange utfordringer, grensene mellom frivillighet og tvang ofte er uklare, og at frivillige situasjoner ofte kan vippe over til tvang.</p> <p>Deltagerne synliggjør at de står i en krevende hverdag. De opplever at de må foreta seg noe som går på tvers av pasientens ønsker. På måten deltagerne beskriver de ulike tvangssituasjonene tolkes som at de kjenner det ubehagelig å være medansvarlig for en slik måte å utføre pleie. De tolker andre situasjoner som om at pleierne skjemmes over å fortelle at hun har måttet ty til tvang, å at det åpenbart ikke er en lett avgjørelse å ta.</p>
Kvalitet	Nivå 1 Vi vurderer artikkelen som svært bra.
Etisk Vurdering	Ja. Fult anonymisert. Etisk godkjent.

Artikkel 4

Forfatter	Yeu-Hui Chaung og Hui-Tzu Huang.
År	2007
Land	Taiwan
Tidsskrift	Journal of clinical nursing
Tittel	Nurses' feelings and thought about using physical restraint on hospitalized older people.
Hensikt	Undersøke sykepleiers følelser og tanker om fysisk tvang mot eldre mennesker på sykehus.
Metode	Kvalitativ
Instrument	Semi-strukturerte intervju.
Deltagere	12 sykepleiere som jobber på 3 forskjellige sykehus. Det ble ikke beskrevet noen konkrete diagnoser på pasientene som var innlagt på sykehusene.
Hovedfunn	<p>Flesteparten av deltagerne følte seg triste og følelsesmessig stresset når de brukte tvang mot pasientene. Noen sykepleiere følte seg skyldige, i at de gjorde noe som var galt. Deltagerne følte bekymring knyttet til konflikten mellom å bruke fysisk tvang og brudd på menneskerettighetene. Noen deltagere følte ikke noe spesielt i forbindelse med bruk av tvang.</p> <p>Noen av sykepleierne mente at bruk av fysisk tvang ble en del av rutinen. I tillegg mente noen sykepleiere at det å bruke fysisk tvang fikk dem til å føle seg trygg og lettet, i forhold til at pasienten er "trygg", men sykepleieren gjør andre oppgaver. De lagde ulike strategier for å håndtere følelsene. Som å rasjonalisere, snakke om følelsene med kolleger og kompenserende atferd.</p>
Kvalitet	Nivå 2 Vi har vurdert artikkelen som bra.
Etisk vurdering	Ja. Godkjent av den etiske komitéen Chaung Hwa i Taiwan.

Artikkel 5

Forfatter	May-Hilde Garden, Solveig Hauge
År	2012
Land	Norge
Tidsskrift	Vård I norden
Tittel	Kampen for pasientens beste - Sykepleiers opplevelse av å delta i bruk av tvang ovenfor personer med demens.
Hensikt	Hensikten med denne studien er å utforske hvordan sykepleiere opplever bruk av tvang i hverdagslige situasjoner mot personer med demens.
Metoder	Kvalitativ
Instrument	Individuelle dybdeintervju
Deltagere	8 sykepleiere til sammen. 7 sykepleiere som jobbet på avdeling for personer med demens. 1 sykepleier på somatisk langtidsavdeling. Pasientene som var med i undersøkelsen led av en demens diagnose.
Hovedfunn	<p>5 ulike beskrivelser av sykepleiernes opplevelse:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Opplevelsen av å ikke nå og ikke forstå pasienten. Personalet prøvde først å få pasienten med frivillig til for eksempel stell ved å forklare hensikt men de nådde ikke frem til pasienten.2. Opplevelsen av å ha skyld i pasientens negative opplevelse. Pasienten kjemper i mot sykepleier, ofte må de være flere for å gjennomføre tvangen.3. Opplevelsen av pasientens tap eller tildekket. Opplever at pasienten var gått tapt grunnet sykdom. Pasientens beste kunne innebære struktur som en strategi for å skape forutsigbarhet.4. Opplevelse av sinne omsorgssituasjoner.5 Opplevelsen av trange rammer. <p>Overordnet fortolkning: kampen for pasientens beste. Ønske om at pasienten skal se velstelt ut. Selve tvangssituasjonene ble en kamp mot pasienten fordi pasienten motsatte seg pleien. Et dilemma de vil gjennomføre fordi de mener det er for pasientens beste.</p>
Kvalitet	Nivå 1 Vi vurdere artikkelen som bra.
Etisk vurdering	Ja. Godkjent av personvernombudet ved Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD).

Artikkel 6

Forfatter	Eva Lejman, Margareta Westerbotn, Ulrika Pöder og Barbro Wadensten.
År	2013.
Land	Sverige.
Tidsskrift	Nursing Ethics
Tittel	The ethics of coercive treatment of people with dementia
Hensikt	Beskrive hvordan sykepleier i sykehjem sikret lovlig sikkerhet, god og trygg sykepleie, opprettholdelse av verdighet for beboerne med demens uten å skade integriteten.
Metode	Kvalitativ
Instrument	Semi-strukturerte intervju.
Deltagere	10 sykepleiere i 10 forskjellige sykehjem i Sverige. Det beskrives i studien at det er demente pasienter som er innlagt på sykehjemmene.
Hovedfunn	Sykepleiestrategier for å gi verdig sykepleie uten å skade integriteten til pasienter med demens. Tvang var nødvendig for trygghet. Ga sykepleierne en mulighet til å gjøre andre arbeidsoppgaver. Kunne tvinge eller lure pasientene til å gjennomføre det personalet ville. De brukte strategier ved bruk av tvang. Strategier ved bruk av tvang under spesielle omstendigheter. Strategier for å forhindre bruk av tvang.
Kvalitet	Nivå 2 Vi har vurdert artikkelen som bra.
Etisk vurdering	Ja. Ingen interessekonflikter, fult anonymisert.

Artikkel 7

Forfatter	Rita Jakobsen, Venke Sørлие.
År	2010.
Land	Norge.
Tidsskrift	Nursing Ethics
Tittel	Dignity of older people in a nursing home: Narratives of care providers
Hensikt	Hensikten med denne studien var å belyse de etisk vanskelige situasjonene som helsepersonell erfarer i sykehjem.
Metode	Kvalitativ.
Instrument	Individuelle intervju.
Deltagere	Det var 23 deltagere som jobbet på norske sykehjem. Det var 16 sykepleiere, 3 sykepleie studenter, 3 fysioterapeuter, 1 miljøarbeider. Blir bare beskrevet at det er eldre pasienter som bor på sykehjemmet, det blir ikke beskrevet noen spesifikke diagnoser.
Hovedfunn	<p>Deltagerne syntes det var vanskelig å finne en balanse mellom autonomi og verdighet. Personalet kunne se at noen pasienter ikke var i stand til å møte sine behov. Ikke kunne ta ulike avgjørelser som ble en utfordring for personalet.</p> <p>Deltagerne sa de syntes det var vanskelig å håndtere pasientens motsettelse til hjelp og bruk av tvang er vanskelig.</p> <p>Dårlig samvittighet</p> <p>Opplever ofte etiske dilemma ved bruk av tvang.</p> <p>Vanskelig i forhold til effektivitet/trange rammer. Spesielt i helgene, når stressnivået er høyt og det er flere ufaglærte. Mindre personalet på vakt om helgen.</p>
Kvalitet	Nivå 2 Vi vurderte artikkelen som bra.
Etisk vurdert.	Etisk vurdert av Norwegian regional Ethics Committee (REK).

Artikkel 8

Forfatter	Elisabeth Gjerberg, Marit helen Hem, Reidun Førde og Reidar Pedersen.
År	2013.
Land	Norge.
Tidsskrift	Nursing Ethics.
Tittel	How to avoid and prevent coercion in nursing homes:A qualitative study.
Hensikt	Hensikten med denne studien er å undersøke hvilke strategier eller hvilke alternative tiltak sykepleiere, bruker når pasienter motsetter seg helsehjelp. Og hvilke forhold som de syntes var nødvendig for å unngå bruk av tvang.
Metode	Kvalitativ.
Instrument	Fokusgruppe intervju.
Deltagere	På fem norsk sykehjem med både sykepleiere og ufaglærte, til sammen 60 deltagere. Hvor flertallet var sykepleiere. Blir beskrevet at det var spesielt demente som var innlagt på sykehjemmene.
Hovedfunn	Prøvde forskjellige strategier for å unngå tvang. Hver ansatt hadde sine egne metoder. De brukte motivering, prøvde å gå inn senere, eller bytte personal, kompetanse og ha nok personale. Tvang var siste utvei.
Kvalitet	Nivå 2 Vi vurderte artikkelen som bra.
Etisk vurdering	Ja Norwegian social science data service. Ingen interessekonflikter og fullt anonymisert.

Artikkel 9

Forfatter	Eun-Hi Kong og Lois K. Evans
År	2012.
Land	Korea.
Tidsskrift	Asian Nursing Research.
Tittel	Nursing Staff Views of Barriers to Physical Restraint Reduction in Nursing Home
Hensikt	Beskrive sykepleiere og pleieassistenter sitt syn på å redusere fysisk tvang på sykehjem.
Metode	Beskrivende kvalitativ metode.
Instrument	Semi-strukturerte intervju.
Deltagere	24 pleieassistenter med kurs og bestått eksamen og 12 registrerte sykepleiere på to ulike sykehjem med over 400 sengeplasser til sammen. Det beskrives at det er eldre pasienter som bor på sykehjemmer, ikke noen spesifikk diagnose/symptomer.
Hovedfunn	Seks hovedkategorier: <ul style="list-style-type: none">• Å være for opptatt og derfor måtte utøve tvang for å få kontroll over situasjonen.• Mangel på ressurser. For få sykepleiere og pleieassistenter. Mangel på annet alternativ utstyr for å unngå å bruke tvang.• Bekymring for pasientene, bruke tvang som beskyttelse for pasienten. Ansatte var redd pasientene skulle skade seg. Ansatte sitt ansvar å beskytte pasientene.• Mangel på utdanning og kurs• Ulikt syn på tvang fra ansatte• Problem med å skape relasjon til pasienten
Kvalitet	Nivå 1. Vi har vurdert artikkelen som svært bra.
Etisk vurdering	Ja. Ingen interessekonflikter og fullt anonymisert. Studien er godkjent av Human Subject Research Review Committee of Gachon University.

Artikkel 10

Forfatter	Reetta Saarnio og Arja Isola
År	2010
Land	Finland
Tidsskrift	Journal of Clinical Nursing
Tittel	Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional care of older people in Finland
Hensikt	Beskrive sykepleierens syn på bruken av fysisk tvang på institusjon.
Metode	Kvalitativ.
Instrument	Fokus gruppeintervju delt opp i fire intervju
Deltaker	12 sykepleiere, 4 pleieassistenter og 5 enhetsledere. Alle deltakere var kvinner. Studien ble foretatt på både privat- og kommunalt sykehjem og sykehus. Eldre pasienter på institusjon.
Hovedfunn	<p>8 hovedkategorier:</p> <ul style="list-style-type: none">• Faktorer disponerer bruken av tvang.• Ulike måter å hindre mobilitet hos pasienten.• Alternative løsninger for å unngå å måtte bruke tvang.• Måten sykepleier handler på i situasjoner hvor tvang blir utført.• Følelser relatert til bruk av tvang. Redd for å skade integriteten til pasienten, men på den andre siden følte de at de ga pasienten trygghet. Opplevelse av skyldfølelse, syntes synd på pasientene. De følte seg slem og ukomfortabel. Følelsemessig dilemma og tvang var nødvendig.• Mestringsstrategier hos sykepleier og pasient under situasjoner hvor tvang blir utført.• Konsekvensene av å bruke fysisk tvang• Bruken av fysisk tvang innad sykehjemmets kultur
Kvalitet	Nivå 2 Vi har vurdert artikkelen som bra.
Etisk vurdering	Ingen konfliktinteresser. Godkjennelse av oversykepleier på hver av avdelingene. Det ble ikke gitt garanti om full anonymitet til deltagerene grunnet at det ble brukt gruppeintervju. Men det ble gitt instruksjoner om at tema og samtaler ikke skulle gjengis av deltakerene utenfor gruppeintervju.

Vedlegg 5. Rangeringssystem.

Kunnskapssenteret og kunnskapsbasert praksis har sjekklister der 10 spørsmål som skal besvares med ja – nei uklar.

Antall ja	Karakter
8 Ja	Middels bra
9 Ja	Bra
10 Ja	Svært bra

Etter vårt rangeringssystem ble utfallet slik:

Artikkel nr.	Artikkelens tittel	Karakter
1	Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning	10/10 svært bra
2	Prevention of unethical actions in the nursing homes	10 /10 svært bra
3	Pleie og omsorg i grenseland mellom frivillighet og tvang	10/10 svært bra
4	Nurses' feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized	9/10 bra
5	Kampen for pasientens beste – sykepleiers opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens.	10/10 svært bra
6	The ethics of coercive treatment of people with dementia	10/10 svært bra
7	Dignity of older people in a nursing home: Narratives of care providers	10/10 svært bra
8	How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study	10/10 svært bra
9	Nursing staff views of barriers to physical restraint reduction in nursing homes	10/10 svært bra
10	Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional care of older people in Finland	9/10 bra.

Vedlegg 6. Oversikt over funn

Den emosjonelle opplevelsen

Fortvilte følelser: 2, 3, 4, 5, 7, 10

Overse, glemme og ignorere: 2, 3, 4, 6, 9, 10

Opplevelse av trygghet og lettelse: 4, 6, 7, 9, 10

Tvangsbegrensning og bearbeiding av egne følelser: 4, 5, 6, 8, 9, 10

Tvang når kompetanse og tid ikke strekker til: 1, 5, 7, 8, 9, 10

Pasientens beste: 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10