



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Bruk av tvang i institusjon/Use of coercion in institutions

Silje Frøyset og Hilde M.Marstein

Totalt antall sider inkludert forsiden: 69

Molde, 11.06.2014



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: Liv Bachmann

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: 27.03.2014

Do not ask me to remember,
Don't try to make me understand.
Let me rest and know you're with me,
Kiss my cheek and hold my hand.

I'm confused beyond your concept,
I'm sad and sick and lost.
All I know is that I need you,
To be with me at all cost.

Do not lose your patience with me
Do not scold or curse or cry
I can't help the way I'm acting.
I can't be different though I try.

Just remember that I need you,
That the best of me is gone.
Please don't fail to stand beside me
Love me 'til my life is gone.

(Kilde: ukjent)

Antall ord: 12131

Sammendrag

Bakgrunn: Bruk av tvang i somatiske helsetjenester for eldre forekommer hyppig i Norge. Pasienter med kognitiv svikt, atferdsproblemer og redusert evne til å ivareta ADL-funksjon er de mest utsatte i forhold til tvangsbehandling. Eldre pasienter har ofte somatiske lidelser, og dette gjør at omfanget av pleie og behandling blir komplisert. Antallet eldre i samfunnet vil øke betraktelig de neste tiårene og den aktuelle pasientgruppen øker også deretter.

Hensikt: Hensikten med studien var å belyse bruk av tvang mot eldre pasienter i institusjon.

Metode: En systematisk litteraturstudie basert på ti kvalitative forskningsartikler og én kvantitativ forskningsartikkel

Resultat: Helsepersonells opplevelser angående bruk av tvang omhandlet mange vonde følelser. Mangel på ressurser har en innvirkning på forekomst, enkelte situasjoner og intensjoner der tvang ble brukt. Det er mye ansvar som hviler på helsepersonellet, og dette viste seg å være lite gunstig for pleie som ble utført. Ofte utførtes tvang fordi rammene ikke tillot så mye annet, selv om de fleste av helsepersonellet kun ønsket det beste for pasienten.

Konklusjon: Et økt fokus på området vil være gunstig med tanke på aktualitet både nå og i fremtiden. Helsepersonells hverdag gjør at arbeidsstedet e.l. med fordel kan bevisstgjøre både bruk og opplevelser ved tvangsbehandling, og med dette lette mange tunge byrder.

Nøkkelord: Eldre pasienter, institusjon, tvang, opplevelser, helsepersonell

Abstract

Background: The use of coercion in somatic healthcare for elderly occurs frequently in Norway. Patients with cognitive impairment, behavior problems and reduced ability to ensure ADL-functions are the most vulnerable considering the use coercive treatment. Elderly patients often have a somatic ailment which makes the extent of nursing and treatment complex. The number of elderly in the society is going to increase during the next decades and thereafter the group of patients.

Aim: The purpose of this study was to illuminate the use of coercion in institutions for patients who oppose health care.

Method: This paper is a systematic literature review, based on ten qualitative research articles and one quantitative research article.

Result: The health care personnel experienced a lot of difficult emotions regarding the use of coercion. The lack of resources had an impact compared to prevalence, situations and intentions where coercion was used. The health care personnel have a lot of responsibility on duty and this is not favorable for the nursing. Coercion was often enforced because the nurses were restrained by the terms, even though the health care personnel had intentions of doing what's best for the patients.

Conclusion: It will be favorable to increase the focus around the subject. The workplace and organizations should take responsibility and increase both consciousness and knowledge among the health care personnel can ease a lot of heavy burdens.

Keywords: Elder patients, institution, coercion, experiences, nurse.

Innhold

1.0	Innledning	3
1.1	Begrunnelse for valg av tema	3
1.2	Studiens hensikt	4
1.3	Problemstilling	4
2.0	Teoribakgrunn	4
2.1	Den eldre pasienten	4
2.2	Tvang i den somatiske helsetjenesten	5
2.3	Etikk	6
2.3.1	Velgjørenhet og ikke-skadeprinsippet	6
2.3.2	Omsorgsetikk og paternalisme	6
2.3.3	Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere	7
2.4	Lovverket	7
2.4.1	Lov om pasientrettighetene kapittel 4A	7
2.4.2	Helsepersonelloven	8
2.5	Kari Martinsens omsorgsteori	8
3.0	Metode	9
3.1	Datainnsamling	9
3.1.1	Utarbeidelse av PI(C)O-skjema	10
3.1.2	Databaser	11
3.1.3	Inklusjons – og eksklusjonskriterier	12
3.1.4	Kritisk vurdering av forskningsartikler	12
3.1.5	Etiske hensyn	12
3.2	Analyse	13
3.2.1	Analysemodell	14
4.0	Resultat	15
4.1	Følelser	15
4.2	Rammer	16
4.3	Sikkerhet	17
4.4	Intensjoner	18
4.5	Situasjoner	19
5.0	Diskusjon	20
5.1	Metodediskusjon	20
5.1.1	Datainnsamling	20
5.1.2	Kritisk vurdering av forskningsartikler	22
5.1.3	Etiske hensyn	22
5.1.4	Analyse	22
5.2	Resultatdiskusjon	23
5.2.1	Vonde følelser	23
5.2.2	Å jobbe på akkord	27
5.2.3	For at de ikke skal skade seg	30
5.2.4	Den gode hensikt	33
5.2.5	Den daglige rutinen	35
6.0	Konklusjon	38
6.1	Forslag til videre forskning	39
	Litteraturliste	40
	Vedlegg	I
	Vedlegg 1	I

Vedlegg 2a	II
Vedlegg 2b	III
Vedlegg 2c	III
Vedlegg 2d	IV
Vedlegg 2e	V
Vedlegg 2f.....	VI
Vedlegg 3	VII
Vedlegg 4	VIII
Vedlegg 5	IX

1.0 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

I en studie Kirkevold og Engedal (2004) foretok på sykehjem i Norge, viste det seg at forekomsten av bruk av tvang var høy. I studien ble det rapportert at 37 prosent av pasienter innlagt på somatisk avdeling og 45 prosent av pasienter innlagt på skjermede enheter, ble utsatt for tvang minst en gang i uka. Hamers og Huizing (2005) viser også til at bruken av tvang på eldre, forekom hyppig i flere land (USA, Nederland, Sverige og Australia osv..). Prevalensen for bruk av tvang i disse landene varierte fra 15 prosent til 66 prosent.

Våre personlige kliniske erfaringer og observasjoner forteller også at det forekommer en del tvangsbruk i eldreomsorgen. Motsettelse av helsehjelp skjer ofte i somatiske omsorgssituasjoner. Spesielt ser vi dette hos pasienter med sykdomsbilde som involverer kognitiv svikt. Vi har sett og prøvd alternative tiltak og mange tilrettelegginger, og har mange ganger følt oss noe hjelpeløse. Flere ulike løsninger har vært prøvd og gjort «etter boka», men ofte til liten nytte. Vi har personlig erfart helsehjelp utført mot pasientens vilje og ønsket derfor å tilegne oss mer kunnskap om bruken av tvang.

Kognitiv svikt kommer oftest med alderen (Ranhoff 2010) og ut ifra tallene fra ovenstående statistikk, vil problemstillingen bare bli mer og mer aktuell i hverdagen til sykepleiere og annet helsepersonell.

Den nye loven om pasientrettigheter § 4-A kom i 2009. Etter denne lovendringen der det ble vedtatt at all bruk av tvang skal dokumenteres i vedtak, har vedtakenes hyppighet steget med 15 % per år (Pedersen et.al 2013).

Undersøkelsen til Kirkevold og Engedal fra 2003 viste at pasienter med kognitiv svikt, atferdsproblemer og redusert evne til å ivareta ADL var de mest utsatte pasientene i forhold til tvangsbehandling. Dette er noe vi selv har opplevd i de tilfellene vi har observert tvang i praksis. De fant også ut at dokumentasjonen i situasjoner der tvangsbehandling forekom var for dårlig. I følge helsedirektoratet er det i Norge ca. 71 000 personer rammet av demens og ca. 80 % av beboere i sykehjem lider av sykdommen. Mørketallene kan være store.

1.2 Studiens hensikt

Hensikten med studien var å belyse bruk av tvang mot eldre pasienter i institusjon.

1.3 Problemstilling

Hvordan erfarer helsepersonell bruk av tvang overfor eldre om motsetter seg helsehjelp?

2.0 Teoribakgrunn

I lovverket og i etiske retningslinjer for sykepleiere understrekes det at respekt for pasientens verdighet og integritet er en sentral verdi som skal ivaretas i sykepleien til den gamle pasienten (Slettebø 2010,169).

2.1 Den eldre pasienten

Pasientgruppen vi vil fokusere på er eldre personer i institusjon som motsetter seg helsehjelp. Med eldre personer mener vi personer over 67 år.

Som aldrende menneske vil man oppleve at kroppen svekkes på mange måter. Aldersforandringer forekommer og gir økt disposisjon for sykdom og problemer med ADL. Som gammel er man utsatt for fall og fallskader, infeksjoner og delirium. Ofte kan den eldre pasienten oppleve kognitiv skrøpeligheit og kognitiv svekkelse.(Ranhoff 2011) Årsaker til kognitiv svikt kan være demens, samt andre nevrologiske, somatiske psykiske tilstander. Kognitiv svikt kan forsterkes av legemidler. Samtidig kan seponering av medisiner gi bedre kognitive funksjoner (Berentsen 2010).

Personer med kognitiv svikt vil ha reduserte kognitive funksjoner. Dette vil ramme pasientens hukommelse, intellektuelle evner, evne til oppmerksomhet, evnen til å utføre praktiske handlinger, evnen til å forstå handling i rom, redusert språkevne og evnen til abstraksjon (Berentsen 2010).

Ved alvorlig kognitiv svikt er symptomene mer omfattende, og det er ikke kun hukommelsen som er svekket. Vi sier at en person som ikke er i stand til å greie seg selv uten hjelp, har en alvorlig kognitiv svikt (Berentsen 2010).

«Demens er en sykdom som innebærer kognitiv svikt og eventuelt atferdsmessige og psykiske forandringer» (Berentsen 2010, 351).

Eldrebølgen: Dette begrepet forteller at antallet eldre i samfunnet vil øke betraktelig de neste tiårene. Det forventes at tallet på eldre (over 67 år) i Norge vil øke til en million i 2050 (Romøren 2011). Tallet på eldre over 67 år vil da være mer enn dobbelt så høyt som i dag (2014).

I dag bor det ca. 40 000 personer i sykehjem i Norge. Svært få av disse er under 67 år. Eldre mennesker representerer mer enn halvparten av sykehusinnleggelsene i Norge, målt i antall liggedøgn (Kirkevold 2010).

2.2 Tvang i den somatiske helsetjenesten

I visse tilfeller åpner lovgivningen for bruk av tvang for å sette i verk og gjennomføre helsehjelp (Molven 2011).

I følge Olav Molven (2012) er hovedregelen forbud mot tvang. Undersøkelser, behandlinger, pleie og omsorg i somatikken bør skje frivillig. Om man skal gi helsehjelp mot personers vilje kan dette foregå om det er påtrengende nødvendig. Det vil si at det er nødvendig i akutte, livstruende situasjoner. Som helsepersonell er man pliktet til å gi øyeblikkelig helsehjelp i slike situasjoner.

Nødvendig helsehjelp kan gis til personer uten samtykkekompetanse ved bruk av tvang. Personer som er vurdert til å ikke ha samtykkekompetanse forstår ikke alltid at helsehjelp trengs. Helsepersonell kan benytte seg av tvangstiltak om de mener dette må til for å gi pasienten adekvat helsehjelp. Tvangsbruken kan bestå i foreta fysiske restriksjoner for å dekke pasientenes grunnleggende behov eller for å forhindre pasientene i å skade seg selv i trafikk eller andre faresituasjoner, å skade seg selv eller andre. Fysiske restriksjoner kan være mekaniske beskyttelsesmidler (eks. sengehest, belter, fiksering i stol o.l) eller

alarmer, peilesendere, selektive låsesystemer og diverse overvåkningssystemer. Enkelte ganger kan det også være nødvendig med tvangsmedisinering (Molven 2012).

2.3 Etikk

I følge Åshild Slettebø (2010) kan man i eldreomsorgen møte etiske problemstillinger som omhandler bruk av tvang og prosessene rundt dette. Pasienter med høy alder har ofte somatiske lidelser. Dette gjør at omfanget av pleie og behandling blir komplisert. Etiske overveielser er svært viktige i slike situasjoner og må brukes etter skjønn.

2.3.1 Velgjørenhet og ikke-skadeprinsippet

Slettebø (2009) sier at sykepleier er pliktet til å passe på at pasienten ikke blir skadet av den behandling sykepleier gir. Videre sier Slettebø (2009) at plikten om å gjøre det gode ikke er så sterk som plikten til ikke å skade. Risiko og nytte må balanseres opp mot hverandre med fordeler og ulemper.

I følge prinsippet om ikke-skade har sykepleier plikt til å passe på at pasienten ikke blir skadet av den behandlingen sykepleieren gir pasienten. Prinsippet om velgjørenhet krever i tillegg at sykepleier handler til det beste for pasienten. Disse prinsippene blir ofte omhandlet under ett fordi de begge fokuserer på å gjøre det beste for pasienten. De er konsekvensetiske prinsipper, som sier noe om konsekvensen av sykepleiers handlinger, skal være til det beste for pasienten (Slettebø 2009,102).

2.3.2 Omsorgsetikk og paternalisme

I omsorgsetikken er det relasjonen mellom hjelperen og den hjelpetrequende som utgjør det moralske fundamentet (Brodtkorb 2011, 309).

Paternalisme oppstår når lege eller sykepleier må ta en avgjørelse og bestemme hva som er til det beste for pasienten, uten at pasienten selv får delta i bestemmelsen. Man skiller mellom svak og sterk paternalisme ut ifra hvilken avgjørelse man tar på vegne av en pasient (Slettebø 2009).

2.3.3 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

Norske sykepleiere jobber etter yrkesetiske retningslinjer som bygger på ICNs etiske regler og menneskerettighetene slik de kommer til uttrykk i FNs menneskerettighetserklæring.

I følge Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, skal grunnlaget for sykepleie være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet.

Sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til å ikke bli krenket.

Sykepleieren skal også beskytte pasienten mot krenkende handlinger. Unødig bruk av tvang eller annen rettighetsbegrensning anvendes ikke (Norsk sykepleierforbund 2007).

2.4 Lovverket

2.4.1 Lov om pasientrettighetene kapittel 4A

Lov om pasientrettigheter kapittel 4A tar for seg helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp.

Formålet med loven er å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade, samt å forebygge og begrense bruken av tvang. Loven gjelder personer over 16 år som mottar helsehjelp, mangler samtykkekompetanse og motsetter seg helsehjelpen. Før det kan ytes helsehjelp som pasienten ikke ønsker å ta i mot, må tillitsskapende tiltak være utprøvd, med mindre det er tydelige faktorer som viser at det er fånnytt å prøve. I følge § 4A-3 kan tvang benyttes dersom unnløstelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlige helseskader for pasienten, helsehjelpen anses som nødvendig eller tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen (Helsedirektoratet 2008).

Pasientrettighetsloven § 4-3 «Hvem som har samtykkekompetanse», sier at samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Den som yter helsehjelp avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke. Den som yter helsehjelp avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke etter annet ledd. Helsepersonellet skal ut fra pasientens alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelp (Helsedirektoratet 2008).

2.4.2 Helsepersonelloven

§1 i Helsepersonelloven sier at «Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten» (Helsepersonelloven 2000).

Helsepersonelloven sier oss at det finnes bestemmelser om krav til yrkesutøvelse. Den stiller et krav om forsvarlighet og omsorgsfull hjelp til pasienter. Formålet med loven er å bidra til sikkerhet og kvalitet i helsetjenesten (Helsepersonelloven 2000).

I følge Store Norske Leksikon(2013) gjelder Helsepersonelloven for personell som er autorisert eller har fått godkjent søknad om lisens. Videre gjelder loven for personell for helse og omsorgstjenesten eller i apotek som utfører handlinger som er forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller har pleie og omsorgsformål. Loven gjelder også for elever og studenter under opplæring.

Befring og Ohnstad (2010) sier at man skal få dekket et minstekrav av basale behov, men at ens situasjon avhenger av behovet. En pasient inneliggende i langtidsavdeling ved et sykehjem vil ha et større behov for helsehjelp.

2.5 Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsen hevder i sin omsorgsteori at omsorg beskriver ett menneskes svar på den andres avhengighet og at omsorg er et grunnleggende behov hos mennesket. Kognitiv svikt er en sykdom der pasienten trenger at sykepleier eller omsorgsperson viser forståelse. Martinsen tar ikke utgangspunkt i individet, men i de mellommenneskelige relasjoner, også sett på som dyadisk. Videre sier hun at omsorg fra sykepleiers side er å ikke forvente noe tilbake (Kirkevold, 1992).

Kari Martinsen knytter omsorg til kjærlighetsbegrepet. Her blir kjærlighetsbegrepet satt som nestekjærlighet som igjen vil føre til å handle til den andres beste. Omsorg innebærer handlinger og tanker bygget på moral og etikk, både praktisk og tankemessig. Martinsen sier at å yte sykepleie er «praktisk-moralsk handlingsklokskap». Forutsetningene for at sykepleiere tenker og handler slik Martinsen beskriver, er at de benytter seg av faglig kunnskap sammen med erfaringer. Ingen pasienter eller mennesker er like og det handler om at sykepleier må tolke og sanse for å forstå og handle (Kirkevold, 1992).

I relasjonen mellom pasient og pleier oppstår det et maktforhold og her kommer moralen til syne når man i sin rolle skal forvalte makt i omsorgssituasjoner. Martinsen (2003) sier at moral har to ansikter med tanke på makt:

Den er ofte blitt brukt til å rettferdiggjøre maktutøvelse og undertrykking. Men moralen kan også være et vern for de svake, og den er da et uttrykk for en moralsk ansvarlig maktutøvelse (Martinsen 2003, 48).

3.0 Metode

Vi har brukt en systematisk litteraturstudie som metode i vår oppgave etter retningslinjene for bacheloroppgaven ved høgskolen i Molde (Jørgensen og Micaelsen 2013).

Forsberg og Wengstrøm (2013) sier at forutsetningen for å gjøre en litteraturstudie, er at det er nok tilgang på gode vitenskapelige studier.

Mulrow og Oxman (1997, sitert i Forsberg og Wengstrøm 2013, 117) har definert litteraturstudien som at den utgår fra en tydelig problemstilling, som besvares ved å identifisere, velge, vurdere og bruke relevant forskning.

3.1 *Datainnsamling*

Etter valg av tema våren 2013, begynte vi å søke etter relevante vitenskapelige artikler i de ulike databasene. For å tilegne oss kunnskap om temaet og å begynne på en god søkestrategi startet vi med å lese bakgrunns litteratur i mai 2013. Vi benyttet faglitteratur fra sykepleiestudiets pensum, bibliotekets beholdning og vi søkte på ulike nettsider som kunne være aktuelle for temaet tvang. Vi bestilte time hos bibliotekar i september 2013, for bedre å tilegne oss kunnskap angående søkestrategier og hjelp til å sette opp et PICO-skjema. I forkant av timen med bibliotekar satte vi opp et førsteutkast av PI(C)O-skjemaet og gjorde et prøvesøk. Hos bibliotekar fikk vi en grundig innføring i hvordan man søker etter vitenskapelige artikler og hjelp til å sette opp et nytt og mer utfyllende PI(C)O-skjema.

Etter bytte av problemstilling bestilte vi ny time hos bibliotekar i desember 2013, for hjelp til oppsett av et nytt PI(C)O-skjema.

3.1.1 Utarbeidelse av PI(C)O-skjema

I følge Kunnskapsbasert praksis(2012) gir PICO-skjemaet struktur og klargjør spørsmålet til litteratursøk og kritisk vurdering.

Når man jobber kunnskapsbasert, er det viktig å gjøre om på det man lurer på til tydelige spørsmål. Til dette er det fint å bruke et PICO-skjema. I et slikt PICO-skjema står hver av bokstavene for bestemte momenter, som bør være med i kliniske spørsmål (Nordtvedt 2008).

P	I	O
Eldre pasienter som motsetter seg helsehjelp	Tvang	Helsepersonells erfaringer

«P» som kommer i den første kolonnen står for population eller problem. I vår problemstilling ble derfor population/problem Eldre pasienter som motsetter seg helsehjelp. Søkeordene vi har brukt ble derfor «elder patient», «older », «elder*», «elderly», «aged», «dementia», «dement*», «nursing home», «nurs*», «homes for the aged», «institution», «health personnel», «medical personnel», «caregivers», «health worker», «cognitive failure» og «cognitive disorders».

«I» som kommer i den andre kolonnen står for inervention. I vår problemstilling blir derfor intervention Tvang, fordi det er det pasienten blir utsatt for, som vi ønsker å kikke nærmere på. Søkeordene vi har brukt er «tvang», «coercion», «coerci*», «restraint», «restrain*» og «force».

«(C)» Comparison bukes når man vil sammenligne noe med noe annet. Vi har valgt å ikke inkludere C-comparison i vårt skjema, da vi ikke er ute etter sammenligninger.

«O» kommer i den siste kolonnen og står for outcome. Dette står for hvilket utfall eller endepunkt vi er ute etter. I vår problemstilling ønsket vi å kartlegge opplevelsen til helsepersonellet i institusjoner (Nordtvedt 2008). Søkeordene vi har brukt er «experience», «experienc*», «feelings» og «attitude».

Se vedlegg 3 for fullstendig PIO-skjema.

3.1.2 Databaser

Database: Ovid Medline

16/11-13 gjorde vi første søket hvor vi inkludert artikkel, søket ble gjort i Ovid Medline (se vedlegg 2e). På dette søket fikk vi 82 treff, hvor vi leste 39 abstrakt og 3 fulltekst artikler. Av disse inkluderte vi en artikkel.

10/12-13 foretok vi første søket i Ovid Medline (se vedlegg 2a). På dette søket fikk vi 117 treff. Vi leste 44 abstrakt og ti artikler i fulltekst. Av disse valgte vi å inkludere to artikler.

11/12-13 foretok vi et nytt søk i Ovid Medline (se vedlegg 2d). På dette søket fikk vi 127 treff, hvor vi leste 39 abstrakt, og 5 fulltekst artikler. Av disse inkluderte vi én artikkel.

3/1-14 ble gjorde vi et søk til i Ovid Medline (se vedlegg 2f). I søket fikk vi 93 treff, vi leste 29 abstrakt og 6 fulltekst artikler. Av disse som ble lest, ble én artikkel inkludert.

13/1-14 gjorde vi et siste søk i Ovid Medline (se vedlegg 2h). I dette søket fikk vi 32 treff, leste 12 abstrakt og én fulltekst artikkel som vi valgte å inkludere.

Database: SweMed+

21/11-13 (vedlegg 2i) gjorde vi et søk i databasen SweMed+. Her søkte vi kun på «tvang». Vi valgte å ikke bruke limits, andre ord eller trunkering. Dette valgte vi å gjøre fordi vi ikke forventet så mange funn. Søket vi gjorde fikk 168 treff, av disse leste vi 10 abstrakt og inkluderte 3 artikler. To av disse artiklene var også med i prosjektskissa.

Manuelt søk i CINAHL:

I denne databasen utførte vi et søk hvor vi fant to forskningsartikler vi har inkludert i studien. Vi opprettet bruker på databasen der vi lagret søkehistorikken, men neste gang vi logget inn på brukeren var historikken slettet. Siden vi hadde titlene på artiklene foretok vi et manuelt søk i CINAHL og fant igjen artiklene på den måten.

Se vedlegg 2a-f for fullstendige søk.

3.1.3 Inklusjons – og eksklusjonskriterier

Vi valgte å inkludere artikler som var skrevet på norsk, svensk, dansk og engelsk, da dette er språk vi behersker. Andre inkluderingskriterier var at artiklene skulle omhandle bruk av tvang overfor eldre personer med kognitiv svikt i institusjon. Institusjoner med fokus på psykisk helse ble ekskludert.

Vi ønsket i utgangspunktet å få tak i så nye studier som mulig. Vi startet med artikler som ikke var eldre enn fem år, men utvidet til seks år senere.

Et annet krav var at studiene skulle ha god kvalitet og være publisert i tidsskrift med publikasjonsnivå en eller to.

For å få best mulig svar på vår problemstilling, som er kvalitativ, valgte vi å inkludere flest kvalitative forskningsartikler, men inkluderte også en kvantitativ forskningsartikkel, da den svarte godt på problemstillingen.

3.1.4 Kritisk vurdering av forskningsartikler

For å kritisk vurdere de elleve forskningsartiklene tok vi utgangspunkt i IMRAD-metoden, da vitenskapelige artikler er bygget opp etter denne (Nordtvedt et al. 2007). Vi benyttet deretter sjekklister for kvalitativ metode og sjekklister for prevalensstudie hos Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2008) i den videre vurderingen av artiklene. Under denne vurderingen tar man for seg studienes validitet og hvorvidt man kan stole på oppbygging, metode og resultat. Vi tok for oss hver artikkel og gikk igjennom listene først for oss selv og deretter sammen. Åtte av elleve artikler ble vurdert som gode siden de scoret minst 8/9 (kvalitativ sjekklister) eller 11/12 (sjekklister for prevalensstudie) og tre av artiklene ble vurdert som middels gode (minst 7/9 i kvalitativ sjekklister). Vi har utarbeidet en intern sjekklister med inspirasjon fra tidligere studentoppgaver (se vedlegg 4). Seks av artiklene var utgitt i tidsskrift som er rangert i nivå to og resterende i nivå en (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste 2013).

3.1.5 Ethiske hensyn

Bruk av tvang kan ofte være tabubelagt og er et ømfintlig tema for dem som utfører dette. Etik blir derfor et sentralt begrep når man behandler dette temaet og kan by på utfordringer. I vår studies tilfelle blir det å bevare anonymitet ved helsepersonells og

pasientenes personopplysninger viktig (Dalland 2012). Når tvang utføres kan det føre til at integriteten til pasienten trues og at situasjonen er emosjonelt utfordrende for pleieren (Brodtkorb 2010). Alle artiklene vi har inkludert har vært etisk godkjente enten lokalt eller regionalt. Etske komiteer har som oppgave å veilede og gi råd om etiske spørsmål, etiske normer og verdier. Komiteene er satt sammen av medlemmer som innehar bred faglig bakgrunn. Informasjonsskriv har blitt sendt ut i forveien til deltakerne angående studien og samtlige deltakere deltok frivillig. Dette viser til at leddene i undersøkelsene som ble gjort var respekterte (Dalland 2012). Vi fulgte Dallands(2012) etiske kontrollspørsmål for å gjøre våre egne etiske vurderinger.

Det er viktig at vår personlige forforståelse av temaet ikke får subjektive innvirkninger på forskningsprosessen. Vi har vært bevisste på at vi ikke leter etter funn vi har forventet å finne.

3.2 Analyse

Vi startet analyseprosessen etter Evans (2002) første fase. I denne fasen skal man samle inn datamaterialet som oppgaven trenger. Etter fullendt søk kom vi frem til elleve artikler vi ville benytte i vår studie. I utgangspunktet hadde vi tjuen artikler hvor vi ekskluderte ti. De var kvantitative og svarte ikke godt nok på vår kvalitative problemstilling.

Hver enkelt artikkel ble nummerert fra 1-11. Artiklene ble gjennomgått og hovedfunnene ble diskutert mellom oss opp mot hensikt og problemstilling som følge av Evans (2002) andre fase. Videre la vi inn relevante funn fra artiklene inn på et Word-dokument på en systematisk måte. Hovedfunnene fra hver artikkel ble ført inn på en stor plakat slik at vi fikk samlet funnene i et mer helhetlig bilde.

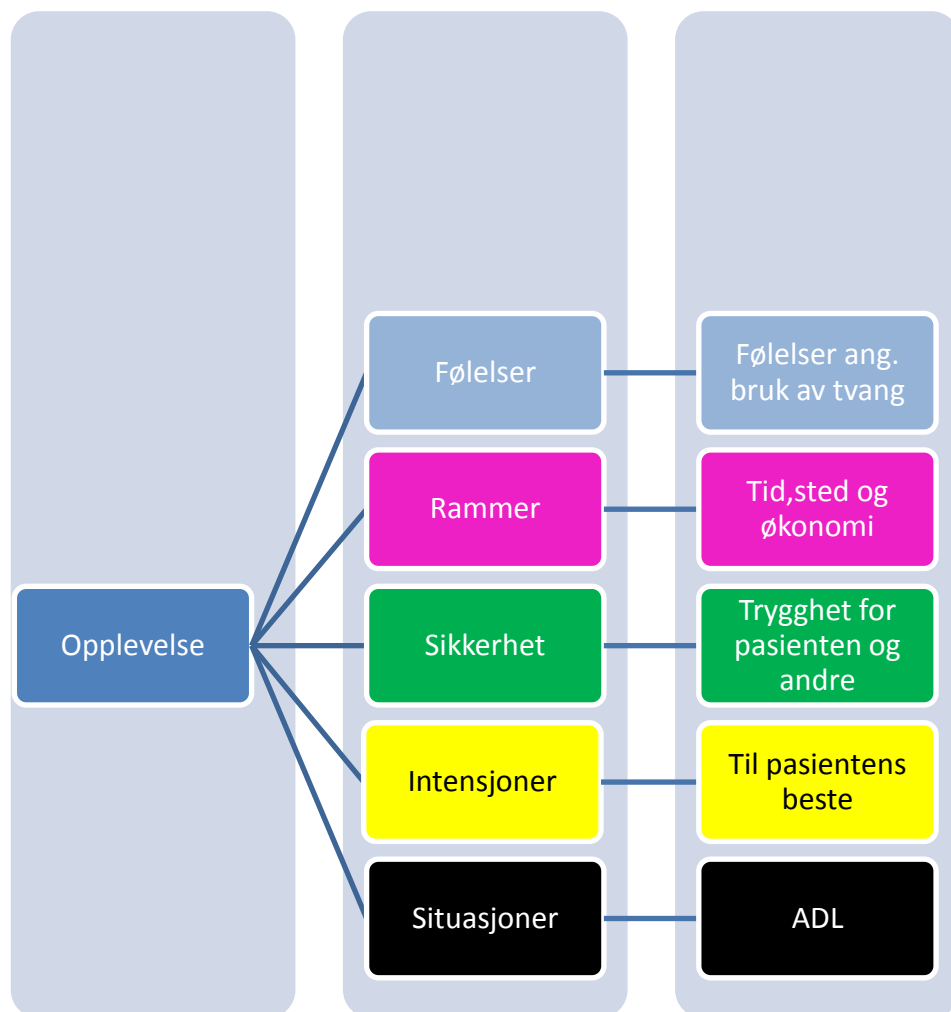
Etter å ha gjennomgått artiklene og artiklenes funn opp til flere ganger, kunne vi danne oss et bilde over hvilke hovedtemaer vi kunne forvente oss å finne. Identifiseringen av disse gjorde vi etter Evans (2002) tredje fase.

Til slutt satt vi igjen med fem hovedkategorier og fem underkategorier. Evans (2002) sier at man i den fjerde fasen skal beskrive fenomenet. For å kjenne igjen funnene nummererte vi underkategoriene med tall i forhold til artiklenes nummer og vi benyttet fargekoder for å

kategorisere funnene ytterligere. De fem hovedtemaene representerer funnene vi fant som gikk igjen i artiklene.

3.2.1 Analysemodell

For mer utfyllende figur, se Vedlegg 1.



4.0 Resultat

Resultatene fra vår studie viser at trange rammer har innvirkninger på bruk av tvang i institusjoner. Det viste seg at pleierne opplevde at tvang førte med seg vanskelige følelser selv om deres intensjon for tvangsbruken var gode. Funnene viser også et bilde av hvilke situasjoner som er forbundet med tvang samt hva som ligger bak handlingene.

4.1 Følelser

Funn i vår studie viser at helsepersonell på institusjoner opplever mange vonde følelser rundt bruken av tvang. Skyldfølelse og ubehag for å ha utført tvang overfor en pasient, skam over egen tvangsbruk, tristhet og sterk medfølelse er reaksjoner som går igjen hos helsepersonellet (Hem et al. 2010, Jakobsen og Sørлие, 2010, Chuang og Huang, 2007, Garden og Hauge 2012, Juthberg og Sundin 2010 og Pedersen et al. 2013).

Fra studien til Jakobsen og Sørлие (2010) kunne helsepersonellet fortelle at de synes det var vanskelig å være i en situasjon hvor f.eks. pasienten måtte bli tvunget til å spise. De opplevde dette som ubehagelig og kjente på flere negative følelser som eksempel skyld. Helsepersonellet videreformidlet at de var i situasjoner som var vanskelige og ubehagelige for dem å håndtere. Studien som ble gjennomført av Chuang og Huang (2007) viser til at flesteparten av deltakerne i studien følte seg triste og emosjonelle når de påførte eldre pasienter tvang. De var tydelig preget av negative følelser:

“I felt so sad while applying restraints to her (the older patient)... My eyes were full of tears when I used the physical restraints... My eyes were red at that moment”. (Chuang og Huang, 2007, 488).

Det var ikke bare det å utføre tvang i seg selv som skapte dårlig samvittighet og skyldfølelse. Pasientens atferd og reaksjoner i forbindelse med tvang var sjeldent heldige da fysiske og språklige utageringer preget situasjonene og fikk helsepersonellet til å reagere negativt og med negative følelser. Omsorgssituasjoner med tvangsbehandling resulterte ofte i aggresjon og utagering samt motstand. Helsepersonellet følte at de påførte de eldre negative følelser pga. sine handlinger (Hem et al 2010, Chuang og Huang 2007, Pedersen et al. 2013 og Jakobsen og Sørлие 2010).

I studien til Garden og Hauge (2012) kommer det frem at en av pleierne opplever eget sinne i en omsorgssituasjon:

Og jeg tenkte mye på de etter på at det takla jeg veldig dårlig, det kunne jeg gjort på en annen måte. (...) Det er nesten som det er vondest. Det er ikke vondt å bli slått. Det gjør vondt det og, men å tenke at jeg skulle ha gjort dette på en annen måte. Men det er slitsomt å få dette adrenalinrushet, og hjertet banker og du kjenner du blir i en sånn kampberedskap. Det og er slitsomt. Man blir sånn vaskeklut etterpå. (...) jeg spurte jo hun som kom til hvordan hun opplevde situasjonen. For jeg følte at jeg overfalt mannen, men det... hun så ikke det. Det var mer inni meg at jeg syntes jeg gjorde det. (...) Jeg blir så sint, så jeg føler meg ikke trygg på at jeg gjør ting riktig (Garden og Hauge, 2012, 20).

4.2 Rammer

Tid, sted og økonomi viste seg å være en mangelvare i mange institusjoner. Trange rammer ved institusjonene viste seg å ha betydning for bruk av tvang på pasientene. Stort ansvar fordelt på få ansvarlige, i form av helsepersonell, var vanlig og utfordrende i forhold til rammekrevende pasienter (Garden og Hauge 2012, Jakobsen og Sørлие 2010, Juthberg og Sundin 2010, Lejman et al. 2013, Pedersen et al. 2013, Saarnio og Isola 2010 og Zwijsen et al. 2011).

Alle de oppgavene som ligger foran meg! Jeg tenkte på meg selv. «Herregud, hvordan skal jeg klare alt sammen når du motsetter deg!» Du er også sint på pasienten. Hvordan i all verden motsetter du deg når jeg vil ditt beste? (Garden og Hauge 2012, 20).

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

Funnene fra artiklene sier at trange rammer fører også til mange ufaglærte i arbeid på institusjonene. Helsepersonellet følte at det var spesielt utfordrende i helger og helgedager

da bemanningene var lavere og mange av de innleide arbeiderne manglet relevant utdanning. (Jakobsen og Sørli 2010, Saarnio og Isola 2010 og Garden og Hauge 2012)

Institusjonenes trange rammer førte til at flere respondenter ikke følte at de fikk tilbudt pasientene den beste pleien. Det forekom forskjellige typer tvangsbehandling i stedet for alternative tiltak. Dette fordi de ansatte ikke hadde tid til å iverksette disse tiltakene i en travel hverdag. Ofte hjalp det ikke at helsepersonellet hadde god kunnskap om pasienter med demens. De hadde ikke tid til å iverksette eller benytte seg av den (Jakobsen og Sørli 2010, Lejman et al. 2013).

Pleierne hadde ikke mulighet til å sette pasienter i fysisk aktivitet. Pasientene ble i stedet gitt beroligende behovsmedikamenter, pasienter som ikke ønsket medisiner ble også gitt dette i stor grad (Pedersen et al. 2013). Saarnio og Isola (2010) viser også i sin studie at manglende ressurser fra organisasjonen er en vesentlig faktor for bruk av tvang.

4.3 Sikkerhet

Funnene fra vår studie viser at sikkerhet er en meget avgjørende faktor til bruken av tvang. Pleierne nevnte ofte at tvang ble brukt for å beskytte og unngå skader på pasienten selv, andre pasienter og helsepersonell (Chuang og Huang 2007, Goethals et al 2012, Jakobsen og Sørli 2010, Natan et al. 2010, Lejman et al. 2013, Pedersen et al. 2013, Saarnio og Isola 2009, Zwijsen et al. 2011).

En respondent fra Chuang og Huang (2007) studie sa: «Physical restraints will give me the sense of security while I'm busy with other patients. » (Chuang og Huang 2007, 489). Helsepersonellens bekymringer for pasientens fysiske sikkerhet bygde på vonde erfaringer og var gjennomgående i mange av våre funn. Uten observasjoner var det stor sjanse for at en forvirret pasient f.eks. falt eller dro ut i.v-slanger:

This is an absolutely necessary treatment (...) that oxygen. I paste that [oxygen mask] on his face but when that doesn't succeed and he removes it, and there is a desaturation (till 80%), then I have to apply physical restraint... (Goethals et al. 2012, 986).

Siden helsepersonellet sjelden hadde mulighet for kontinuerlig tilsyn av pasienter ble de fratatt sin frihet til mobilitet når ingen hadde mulighet for å passe på dem. Ivaretagelse av pasientens fysiske helse ble ansett som svært viktig og det var ofte i slike sammenhenger personalet måtte benytte seg av tvang. (Saarnio og Isola 2010 og Natan et al. 2010). Også studien til Goethals et al. (2012) sier at selv om de prøvde så godt de kunne respektere pasientens fysiske integritet, her under mobilitet, måtte de av og til på grunn av pasientsikkerhet foreta ufrivillige fysiske restriksjoner overfor pasienter.

Hjelpemidler for mobilitet (f.eks gåstoler) ble fjernet fra pasienten eller bord ble plassert fast i stolen pasienten satt i slik at de ikke kom seg noen steder (Saarnio og Isola 2010 og Lejman et al. 2013) sengehester ble også flittig brukt (Zwijssen et al. 2011, Lejman et al. 2013 og Natan et al. 2010).

I tillegg til å benytte tvang for å beskytte den demente pasienten ble også hensynet til å beskytte andre pasienter og kollegaer ivare tatt (Pedersen et al. 2013 og Goethals et al. 2012).

4.4 Intensjoner

Funnene som omhandler intensjoner i studien viser til at pleiepersonellet rettferdiggjør bruken av tvang med ønsket om å gjøre det beste for pasienten. Tvangen blir brukt i situasjoner som omhandler et nødvendig gode for pasienten, eks. personlig hygiene, sosial deltakelse og generell ADL funksjon. Helsepersonell har gode intensjoner selv om pasienter motsetter seg hjelpen (Lejman, Westerbotn og Wadensten 2013, Natan et al. 2010, Garden og Haugen 2010 og Hem et al. 2010).

Til tross for at mange blant helsepersonellet rasjonaliserer tvangsbruken (Lejman, Westerbotn og Wadensten 2013, Natan et al. 2010, Garden og Haugen 2010 og Hem et al. 2010), kommer det frem i studien at noen av deltakerne ikke ønsker å bruke tvang på eldre pasienter og har negative holdninger til tvang (Hem et al. 2010 og Natan et al. 2010). I studien gjort av Hem et al. (2010) sier en at «Vi tvinger ikke pasienter til å dusje, liksom, men det er så på grensa at det lukter både svette og urin, så det er på en måte tvang det også...» (Hem et al. 2010, 297).

I Garden og Hauges (2012) studie sier helsepersonellet at selv om tiltaket var ment til å hjelpe pasienten, kunne situasjonen oppleves som en belastning for dem:

Jeg har jo provosert det stakkars mennesket til å få oppleve at hun får den opplevelsen. Det er jo jeg som har skylden! Hadde jeg latt være, så ville hun jo ikke fått katastroferaksjoner. Men jeg kan ikke la være heller (Garden og Hauge 2012,20).

4.5 Situasjoner

Det viser seg at forekomsten av tvang ofte skjedde i situasjoner som omhandlet personlig hygiene og stell (Garden og Hauge 2012, Jakobsen og Sørli 2010, Lejman et al. 2013, Pedersen et al. 2013, Hem et al. 2010, Saarnio og Isola 2009 og Zwijsen et al. 2011).

I studien av Hem et al. (2010) går det nøyere inn på de enkelte stellesituasjoner som vask og dusj, stell av negler, tannpuss og munnstell. Dette er situasjoner som forekommer ganske ofte i en sykehjemhverdag og preges av tvangsbehandling.

«Jeg fikk klippet neglene hennes en gang, men da var det to stykker som satt med henne i sofaen, og to som sto bak...» (Hem et al. 2010, 298).

ADL-funksjon og restriksjoner i forhold til mobilitet er også funn vi ser går igjen i mange av studiene. Restriksjoner i forhold til mobilitet er for eksempel bord som er festet på stol og sengehest (Lejman, Westerbotn og Wadensten 2010, Saarnio og Isola 2010 og Zwijsen et al 2011). I følge Zwijsen et al. (2011), Lejman et al. (2013) og Natan et al. (2010) er dette er funn som gjenspeiler seg i sikkerheten til pasienten.

Yes, when people are really far gone in their dementia and just slide to the edge of their bed to get out... and then are in danger of falling out then it barely bothers them. In that case it isn't really a restraint for those people (Zwijsen et al. 2010, 830).

5.0 Diskusjon

5.1 *Metodediskusjon*

5.1.1 **Datainnsamling**

Begge forfatterne av denne litteraturstudien er kvinner og begge har hatt klinisk praksis som har gitt oss personlige erfaringer angående bruk av tvang. På grunnlag av dette vil forskningseffekten spille inn i vår litteraturstudie. Dette kan komme frem som en svakhet i studien.

Vi satte opp PICO-skjema selv og utførte noen prøvesøk i starten av søkeperioden. På denne måten fikk vi et lite inntrykk av hva vi etter hvert kunne finne og forvente oss ut ifra tema. På denne måten fant vi mye fagstoff som kunne bidra i forhold til teori, men som ikke ga oss direkte nok svar på hensikt og problemstilling.

Vi bestilte time med bibliotekar for å få satt opp et mer korrekt PI(C)O-skjema slik at søkene våre ble mere hensiktsmessige i vår favør. Dette gav oss mange flere relevante forsøk og vi begynte å danne oss et mer konkret bilde av hvilke studier vi skulle se etter. Men det var lite progresjon i forhold til funnene av relevante studier, så vi valgte, etter kort tid, å bytte problemstilling.

I starten av desember 2013 hadde vi innlevering av prosjektskisse og fire forskningsartikler klare til oppgaven. Etter videre søking følte vi derimot at treffene ikke var mange nok eller gode nok. Vi følte vi ikke fikk tatt ut det potensialet vi hadde mulighet til. På grunnlag av dette valgte vi å bestille en ny time med bibliotekar for å forbedre våre søk. I midten av desember satte vi oss ned sammen med bibliotekar og formet et nytt PI(C)O-skjema. Det tok utgangspunkt i den samme problemstillingen og hensikten vi hadde fra prosjektskissen, men nå ble det allikevel noe annerledes basert på mere erfaring fra treff med tanke på hvilke ord og begreper på andre språk som var mest relevante. F.eks. «restraint» og «coercion» gav flest relevante funn som synonym til tvang og «experience» for opplevelse. I forhold til søk og treff nøt vi godt av en liten oppfriskning fra hjelp av bibliotekar.

Studiene vi fant var preget av mye «gammel» forskning med tanke på retningslinjene for bacheloroppgaven ved Høgskolen i Molde (Jørgensen og Michaelsen 2013). Store deler av denne forskningen ble foretatt på slutten av 80-tallet og utover 90-tallet. Vi valgte derfor å utvide årskriteriene med et par år, så en av våre inkluderte forskningsartikler er publisert i 2007. Vår problemstilling hadde en vinkling der vi ønsket å utforske subjektive følelser, og på grunnlag av dette vil ikke tid påvirke dette i noen stor grad. Vi sammenlignet funnene fra den ene artikkelen (2007) med de litt nyere artiklene og fant ut at de i stor grad var i samsvar med hverandre. Artikkelen fra 2007 ble vurdert som god og vi inkluderte denne i litteraturstudien vår. En svakhet i studien vil være at vi har inkludert artikler som er publisert før lovendringen om pasientrettigheter i 2009 (Helsedirektoratet 2008). Vi er også bevisste på at lov om pasientrettigheter og helsepersonell kan være forskjellige fra alle de ulike landene studiene er foretatt i. Lover kan påvirke både rettigheter og holdninger. Dette ser vi også på som en svakhet for vår studie.

Ni av de elleve artiklene vi har inkludert i vår litteraturstudie er henholdsvis fra vår egen kultur og verdensdel. En av de elleve artiklene er fra Taiwan i Øst-Asia og en er fra Israel i sørvest-Asia. Vi inkluderte disse to da studiene var gode og resultatene samsvarte bra med de europeiske artiklene. Vi var bevisste på at det forekommer kulturforskjeller og var obs på disse ved gjennomgang av studiene fra Asia. Artikkelen fra Taiwan hadde et punkt om karma i forhold til bruk av tvang, men vi konkluderte med at dette relateres til deres kulturelle overtro og vi ekskluderte derfor slike funn. Det kan også være verdt å nevne at vi i dag lever i et flerkulturelt samfunn hvor man med fordel kan ha utbytte av kunnskap om slike kulturforskjeller. Det at vi har vært bevisste og ekskludert enkelte funn på grunnlag av irrelevante kulturelle forskjeller, ser vi på som en styrke i studien.

En av våre inkluderte artikler, tar i tillegg til helsepersonells perspektiv, for seg pasient- og pårørendeperspektiv. Dette var vi bevisste på da vi trakk ut funnene og artikkelen var delt inn i forskjellige undertema i resultatdelen slik at vi klarte å skille dem.

Se vedlegg 5 for fullstendig artikkeloversikt.

5.1.2 Kritisk vurdering av forskningsartikler

Som tidligere nevnt benyttet vi sjekklister fra Kunnskapssenterets (2008) nettsider for å kvalitetsvurdere forskningsartiklene. Kvalitetsvurderingen med sjekklister av artiklene gjorde vi sammen. De fleste av artiklene ble etter disse kriteriene vurdert som gode eller middels gode, noe som øker troverdigheten av kvalitetsvurderingen (Se vedlegg 4). Et tidsskrift som har publiseringsnivå to ansees som prestisjefyllt. Fem av våre artikler er utgitt i nivå to og seks artikler er utgitt i nivå en. Siden alle artiklene oppnådde gode resultater i forhold til sjekklisene og alle artiklene var publisert i tidsskrift med publiseringsnivå én eller to, vil dette styrke validiteten i vår studie.

En mulig svakhet med vår litteraturstudie er feiltolkninger i forhold til språk. De fleste av de inkluderte artiklene er publisert på engelsk slik at feiltolkninger kan ha forekommet fra vår side. Oversettelse fra et annet språk kan by på utfordringer da ord kan ha flere betydninger o.l.

5.1.3 Ethiske hensyn

Samtlige av artiklene var vurdert og godkjent av en form for etisk komite, men noen institusjoner hadde egne system i forhold til dette. Godkjenningen ble gjort lokalt innad i institusjonen av egne etiske kontrollgrupper.

Siden vår problemstilling tar for seg et ømfintlig tema gjorde vi selv også en etisk vurdering med tanke på funnene vi fant i artiklene. Som tidligere nevnt har vi benyttet oss av litteratur fra Dallands (2012) etiske overveielser. Dette kan være med på å styrke vår studie fordi den tar for seg utfordringer man kan møte ved utførelse av ømfintlige studier.

5.1.4 Analyse

Før vi foretok analysen leste vi oss opp i relevant teori både fra Evans (2002) forskningsartikkel og fra tidligere forelesninger på høyskolen i Molde (Jørgensen og Michaelsen 2013). Vi startet analysen noe senere enn vi ønsket, så dette kan ha hatt innvirkning på arbeidet med analyseprosessen. Til tross for dette klarte vi å utføre analysen på en strukturert og systematisk måte, da bakgrunnsteorien for analysemetodene var godt beskrevet. Etter hvert i analyseprosessen dannet vi oss et bilde av hvilke hovedtemaer og underkategorier vi satt igjen med. Vi endte først opp med flere enn fem hovedtemaer da vi

diskuterte oss i mellom hva som faktisk skulle inkluderes. Årsakene til at vi diskuterte dette var at etter hvert så oppdaget vi at temaene ofte fløt over i hverandre. Studien bærer fortsatt noe preg av dette og det kan oppfattes som en svakhet. En styrke ved at temaene omhandler hverandre vil være at det setter tvangsbruk i perspektiv.

Under analysearbeidet ble vi veldig avhengige av å få oversatt enkelte begreper og ord til norsk. Vi opplevde det som utfordrende å oversette fremmedord riktig og man må derfor ta høyde for mulige feiltolkninger.

5.2 Resultatdiskusjon

Etter å ha analysert artiklene og gått i gjennom våre hovedfunn og undertema har vi sett at resultatene er mange bekker små gjør en stor å. Våre hovedfunn fra helsepersonells opplevelser om tvang i omsorgssituasjoner består av temaene følelser, sikkerhet, rammer, intensjoner og situasjoner. Alle faktorene går i liten eller større grad over i hverandre. De interfererer og må derfor sees i sammenheng. Resultatdiskusjonen er preget av funn som flyter noe over i hverandre.

5.2.1 Vonde følelser

I vår studie har funnene om helsepersonells opplevelser rundt tvang vært preget av vonde følelser. Helsepersonellet var preget av negative følelser både før, under og etter bruk av tvang (Hem et al. 2010, Jakobsen og Sørli, 2010, Chuang og Huang, 2007, Garden og Hauge 2012, Juthberg og Sandin 2009 og Pedersen et al. 2013).

Emosjoner er i følge Atkinson (2000, sitert i Bunkholdt 2002, 94) en sammensatt tilstand som kommer som svar på følelsesmessige og betonte opplevelser eller erfaringer. Videre sier Atkinson (2000) at det er store individuelle forskjeller på hvordan man opplever situasjonen og hva som utløser følelsene. Ulike fysiologiske forandringer forekommer i kroppen i de forskjellige situasjonene. Når hjernen har registrert disse forandringene, kommer opplevelsen av følelse (Bunkholdt 2002). En hverdag preget av store følelsesmessige påkjenninger vil tære på helsepersonellens mentale helse.

Funn gjort i studien vår viser at helsepersonell har mange vonde følelser rundt bruk av tvang overfor eldre pasienter. I følge studien av Kirkevold og Engedal (2004) forekommer tvang hyppig i norske sykehjem. Siden bruken av tvang skjer ofte, opplever helsepersonellet de negative følelsene parallelt med tvangstiltakene.

I studien til Jakobsen og Sørli (2010) kom det fram at helsepersonellet mente at grunnen til at de holdt ut sin arbeidssituasjon på grunn av gode kollegaer og et godt arbeidsmiljø. Men det var ikke alle ansatte som følte seg trygge nok på sine kollegaer eller på arbeidskulturen til å snakke om vanskelige følelser som kom etter tvangsbruken. Helsepersonellet opplevde en vanskelig balansegang mellom etikk og sikkerhet. Undertrykkelse av følelsesmessige reaksjoner ble en byrde for personalet. Drakampen mellom følelser og fornuft resulterte i etiske dilemmaer.

De fleste respondentene følte tristhet og følelsesmessig ubehag når tvang ble brukt på eldre. De kunne fortelle at de syntes synd i de gamle og kunne av og til ty til tårer (Chuang og Huang 2007). Noen trakk til og med paralleller til sine egne besteforeldre. Man kan på denne måten se en form for personlig følelsesmessig påvirkning i omsorgssituasjoner overfor pasient. Det er lett for de fleste som jobber innenfor helse og omsorg å behandle pasienter påvirket av egne personlige relasjoner. Hadde jeg ønsket at min bestemor skulle bli behandlet slik? Dette kan være fordelaktig i forhold til vurdering av moral og etikk, slik som både Aadland (1998) og Martinsen (2003) viser til. Jobben må gjøres til tross for utfordrende etiske og moralske utfordringer.

Mange av helsepersonellet følte seg skyldige da de utøvde tvang. I Garden og Hauge (2010) forteller de om at sykepleierne hadde sterk medfølelse med pasientens opplevelse av tvang. Frykt fra pasientens side ble trukket frem da dette gjorde sterkt inntrykk. Å se at du «skremmer livet av» en pasient er ikke gøy selv om du bare kommer med en vaskeklut. Personlig har vi erfart en situasjon der en gammel dame skrek av full hals «hun dreper meg, hun dreper meg» Du kunne se i øynene hennes at hun virkelig trodde det. Som pleier står man der i fortvilelse og er usikker på hvordan en skal håndtere denne situasjonen. Det er jo på grunn av meg at pasienten føler det slik. Det er jo jeg og «kluten» som har kommet inn i pasientens intime sone og skapt dette kaoset, selv om intensjonen var god. Dette er gjennomgående funn i vår studie. I følge Molven (2012) kan nødvendig helsehjelp gis til

personer uten samtykkekompetanse ved bruk av tvang. Nødvendigheten ble fastsatt angående stell/hygiene som er et grunnleggende behov for pasienten.

Vi har kunnet se en tendens gjennom de ulike studiene at helsepersonellet krenker seg selv og sin integritet som følge av følelsesmessige belastninger ved bruk av tvang. Mange rapporterte at bruk av tvang kunne få dem til å stille spørsmål vedrørende sin egen kunnskap eller kompetanse (Chuang og Huang 2007, Garden og Hauge 2010, Juthberg og Sundin 2010 og Saarnio og Isola 2010). Mange av helsepersonellet følte seg inkompetente og kjente det motsatte av mestring. En slik tankegang vil ikke utvikle seg til noe konstruktivt og bør definitivt tas til etterretning. Det er viktig at arbeidsstedene tar ansvar for sine ansatte og belyser temaet. Det er viktig at de oppfordrer til samtaler om tvangsbruk for dem som har behov for å snakke om dette.

Sinne er en følelse som opptrer i forbindelse med tvang i omsorgssituasjoner. Vi er kjent med at pasienter kan reagere voldsomt aggressivt, og vi har selv kjent dette på kroppen. Flere ganger har slag, spark og lugging forekommet. Når man som omsorgspersonell får et slag midt i ansiktet føles det ikke bra. Vi har tenkt det samme som flere respondenter i studiene, «hvordan kan du gjøre dette mot meg, jeg vil jo bare hjelpe deg». Det sier seg selv at man kan føle sinne når man fysisk blir skadet. Til tross for dette skal ikke helsepersonell uttrykke disse følelsene. Sinne uttrykt i en slik situasjon fra omsorgsgivers side vil bidra negativt til pasientens atferd.

Det kan sees som et paradoks at god demensomsorg fokuserer på det menneskelige samspillet i pasientrelasjonen, mens sykepleiere i demensomsorgen ofte må underkjenne egne følelsesmessige reaksjoner for å oppnå pasientens beste for å kunne arbeide innenfor avdelingens rammer og ressurser (Garden og Hauge 2010, 21).

I forhold til demens og behandling av pasienter med demens, og herunder tvang, kommer det frem noe som kalles personsentrert omsorg. Personsentrert omsorg vil si at man gjennom hele sykdomsforløpet bevarer synet på pasienten som en unik person. Dette kommer også ut fra en omsorgsfilosofi av Tom Kitwood (Demensinfo 2010). Den går noe hånd i hånd med tankene til Kari Martinsens omsorgsteori. Individualitet, respekt og forståelse er sentralt. Men i forhold til dette var det mange helsepersonell som allikevel så

på eller opplevde pasienten som tapt. Med denne relasjonen kan man forstå hvorfor tvang oppsto, da pleierne i visse tilfeller ikke «så» pasienten. Når man ikke forstår pasienten kan det bli vanskelig å utøve adekvat pleie. Om personsentrert omsorg hadde blitt bedre integrert ute i praksis kunne man ha fått et bedre samspill mellom pasienter og pleiere. Med økt kunnskap om denne metoden blant helsepersonell kunne dette ført til et bedre pleietilbud for pasientene. Pasientsentrert omsorg kunne ha vært tema for internundervisning eller lignende på en arbeidsplass.

Et funn i Chuang og Huang (2007) forteller også om en motsetning der sykepleierne opplevde at følelsene uteble og at det å utføre tvang gikk på ren rutine. I Huang og Chuangs (2007) artikkel presenterer de funn, i tillegg til sine egne, at noen sykepleiere/helsepersonell jobbet seg automatisk gjennom tvangstiltakene siden de forekom så ofte at det var for dem vanlig praksis. Grunnen til at de lot følelsene utebli var at dette helsepersonellet følte seg bra da de nå hadde bedre tid til å gjøre alle de andre oppgavene som var krevd av dem og at de visste at pasientene ikke kom til å skade seg når de f.eks. satt fastspent i en stol.

Vi vil stille spørsmål ved de situasjonene hvor tvang utførtes med automatikk. På en måte ble ikke dette helsepersonellet like følelsesmessig negativt påvirket som de andre som slet med dårlig samvittighet, følte tristhet, hadde medynk med pasientene og følte skyld. Men hva da med Kari Martinsens omsorgsteori?

Omsorgsteorien tar for seg mellommenneskelige relasjoner. Betyr dette at helsepersonell som stenger ute sine følelser i arbeidet, gir dårligere omsorg overfor sine pasienter? Kari Martinsen sier at når man skal yte omsorg må man handle «praktisk-moralsk».

Handlingene skal utføres på grunnlag av de moralske vurderingene gjort av helsepersonellet. Om man ikke foretar disse vurderingene, vil det oppstå ubalanse i maktforholdet mellom hjelper og hjelpetrequende. Omsorg er handlinger og tanker bygget på etikk og moral (Martinsen 2003). Ute i praksis burde etikk og etiske problemstillinger blitt fokusert mer på og yrkesetiske retningslinjer burde vært mer synliggjort i hverdagen til helsepersonell. Mange av helsepersonellet innehar denne kunnskapen, men kunne hatt nytte av en påminnelse av eks. brosjyrer, plansjer e.l. Samt tilgjengelig fagstoff på arbeidsstedet.

Dette viser at knappe ressurser, herunder; spesielt tid, har stor innvirkning på hva som kan resultere i store følelsesmessige belastninger for helsepersonell. Vi har selv stått i situasjoner der man har hatt ansvaret for åtte demente pasienter alene. Hva skjer når man tar med den ene på badet for å hjelpe til med kveldsstellet? Det blir sittende igjen syv pasienter helt alene i avdelingen, som ikke aner hvor de er, hvem de andre er og hvor de skal. Hver gang en ikke var i fellesrommet og ikke fikk fulgt med ante man ikke hva som skjedde der ute. Gjennom hele stellet var tankene delt. «Gjør det beste du kan sammen med denne pasienten» og «håper han ikke har funnet døra og er på vei ut». Vår personlige opplevelse angående dette er ikke god.

De prøvde hele tiden å finne grunner som var rasjonelle og «forsvarte» tvangsbehandlingen. Det må være en enorm påkjenning å måtte prøve å overbevise seg selv om at handlingene de utførte var riktige.

Det som blir viktig for å forebygge noen skadevirkninger vil være gode og støttende ledere, og for øvrig andre kollegaer, og gode forklarende retningslinjer.

5.2.2 Å jobbe på akkord

Vår studie viser at rammene har stor innflytelse for opplevelsen ved bruk av tvang.

Tvangsbruken blir ofte relatert til for lite bemanning på hver enkelt avdeling. (Garden og Hauge 2012, Jakobsen og Sørli 2010, Juthberg og Sundin 2010, Lejman et al. 2013, Natan et al. 2010 og Pedersen et al. 2010). Etter snart fullført treårig utdanning, med nesten halvparten av studietiden i praksis, kan man stille seg bak utsagn som dreier seg om for lav bemanning. Man stiller seg spørsmål om det er slik at tvangsbruken øker der etter?

Vår erfaring er at de alle fleste som har jobbet, eller jobber i helsevesenet har tenkt tanken at de en eller annen gang har ønsket økt bemanning. Personlig har denne tanken vært tilstede omtrent hver helg, når man føler det kun er tid til det mest nødvendige. Funn i studien til Jakobsen og Sørli (2010) viser at helsepersonell ønsker mer tid til enkeltindividet. For mange er arbeidsdagen vanskelig og krevende. Det er mange arbeidsoppgaver som skal gjøres. Til eksempel har vi erfaring med at det ikke er kjøkken på alle institusjoner. All form for tørrmat må lages i egen te-kjøkken i avdelingen. Det er ikke det at det er mye arbeid å smøre på syv-åtte brødsiver. Men det tar tid. Tid som kunne ha vært brukt på pasientene. Samtidig som helsepersonellet er ansvarlig for

kjøkkenoppgaver, skylleromsarbeid og klesvask skal individene på avdelingen ivaretas. En fordel for praksis ville være om organisasjonen tok ansvar for å utnytte fagkunnskapen blant det forskjellige helsepersonellet der det behøves. Når man har trange rammer å gå etter må man tenke effektivt. Dette ville ha vært med på å effektivisere og bedre behandlingstilbudet samt sikkerheten for pasientene. Forandringer og omorganisering kan være utfordrende for en «gammel travet», men med god informasjon og veiledning til forandringsprosessene vil holdningene forandres til det positive.

På grunn av manglene tilstedeværelse av helsepersonell hos pasientene, blir det brukt unødig tvang. Tvangen blir et «hjelpemiddel» for helsepersonellet som jobber på akkord med hverdagens mange gjøremål. Et annet funn i studien til Jakobsen og Sørli (2010) samt i studien til Saarino og Isola (2010), viser til forventninger om effektivisering fra organisasjonen. Spesielt merkes dette i helgene. Helsepersonellet går ekstravakter, det er få sykepleiere på vakt, samtidig som det er mange ufaglærte i arbeid. Likevel sier K. H. Bakke (2004) at økt bemanning ikke nødvendigvis vil føre til økt kvalitet i pleie- og omsorgssituasjoner. K. H. Bakke (2004) mener at andre faktorer som regulerer betingelsene helsepersonellet arbeider under, er godt arbeidsmiljø, faglig god ledelse, lavt sykefravær, miljø for kompetanseutvikling og godt kollegialt miljø, samtidig som det bør være et godt samarbeid mellom pårørende og sykehjemmet. Godt og åpent arbeidsmiljø er i følge Jakobsen og Sørli (2010) en av grunnene til at helsepersonellet aksepterer å jobbe under det daglige presset. Samtidig opplever flere en manglende forståelse hos kollegaer og ledelse. Dette fører til maktesløshet og frustrasjon som etter tid vil påvirke deres helse. I følge Garden og Hauge (2012) opplevde mange av sykepleierne at avdelingens rammer hadde stor innvirkning på bruken av tvang. Høyt arbeidspress og kompetansemangel bidro til bruk av tvang før andre tiltak var utprøvd. Dette er noe som strider mot loven da pasientrettighetsloven kapittel 4-A sier at andre tiltak skal være utprøvd. Høyt arbeidspress og kompetansemangel burde derfor ikke være faktorer som fører til tvang (Helsedirektoratet 2008).

Sykepleierne forteller at tidsmangel skapte dårlig stemning på jobb og dette ble til hindring for god individuell omsorg for pasienten. Sykepleierne mente at bruken av tvang bunnset ut i kompetansen i avdelingen på gitt tidspunkt, og en sykepleier fortalte at man opplevde at kunnskapsnivået ble svekket når man står helt alene som sykepleier i en

avdeling. Sett dette i betraktning i utsagnet til K. H Bakke (2004) som nevnt over, kan det stilles spørsmål til hans uttalelser i forbindelse med økt bemanning, ikke nødvendigvis gjør økt kvalitet. Ut fra egne erfaringer vi har gjort oss, mener vi at økt bemanning vil gi økt kvalitet i pleie og omsorg. Dette fordi man som helsepersonell vil få bedre tid til å ivareta hele pasienten. Når vi i praksis har hatt ansvaret for én til to pasienter, og har kunnet vie vår fulle oppmerksomhet til disse, har vi fått tilbakemelding fra de som jobbet i avdelingen at pasientene endrer karakter i svært positiv retning. Vi stiller oss derfor kritisk til utsagnet om at økt bemanning ikke gir økt pleiekvalitet.

Vår utdanning lærer oss å ivareta hele pasienten og dens behov. Det er vårt ønske at hverdagen for sykepleiere og annet helsepersonell i sykehus, sykehjem og andre institusjoner, skal romme tilstrekkelig med tid og andre ressurser slik at man har gode muligheter for å få ivaretatt hele pasienten.

Bergland og Lærum (2002. Sitert i Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff 2010,176) sier at sykepleiestudenter har et godt inntrykk og en positiv holdning til eldre pasienter gjennom utdanningen, men at få begynner å jobbe i sykehjem etter endt utdanning. I følge Slettebø(2010) er det få studenter etter endt utdanning som ønsker å jobbe i eldreomsorgen. Ressursene oppleves som utilstrekkelige og de nyutdannede ønsker å benytte seg av faglig forsvarlighet. Knappheten av ressurser går på akkord med dette.

«Det kan være et stort dilemma daglig å måtte gå på akkord med sine faglige vurderinger av pasienters behov og mangle mulighet til å følge opp disse vurderingene.» (Slettebø 2010, 176).

Behovet for økte ressurser er stort og faglig forsvarlige arbeidsforhold bør være tilstede i institusjon. Ofte kan man lese oppslag i avisene angående sykehjem og sykehus. De forteller om en travel hverdag, og om press til sparing av ressurser som tid og penger. Dette er temaer vi kjenner oss igjen i. Erfaringer fra praksis, sommerjobber og ekstravakter, har gitt oss innsikt i frykten mange bærer for den travle hverdagen. Lav kompetanse, mye ansvar og få ressurser skremmer sykepleiere til å søke jobb i sykehjem.

I følge lov om pasientrettighetene kapittel 4 A § 4A-3 kan man benytte tvang dersom unnlattelsen av å gi helsehjelp kan føre til vesentlige helseskader for pasienten

(Helsedirektoratet 2008). Samtidig sier loven at den som yter helsehjelp avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke etter annet ledd. Dette kan skape konflikter da det er mange ufaglærte som jobber i pleie og omsorgssektoren. Mange av disse har ikke den kunnskap som kreves for å avgjøre om en pasient er samtykkekompetent eller ikke. I undersøkelsen Dolonen (2009) utførte for NSF i fire byer i Norge, viste funnene at andelen ufaglærte i sykehjem utgjør 48 prosent av den totale bemanningen i helgene og 29 prosent i ukedagene. Det vil si at på helg er nesten halvparten av de som jobber på sykehjemmene hvor studien fant sted, ufaglærte. Dette kan tyde på at det er utfordrende å avgjøre om en pasient er samtykkekompetent eller ikke. Dersom det ikke er avgjort om en pasient er samtykkekompetent, skal man ikke utføre tvangsbehandling.

Åshild Slettebø (2010) skriver et avsnitt om ressursknapphet der hun tar for seg pleiekvaliteten overfor de svakeste pasientene. Dette gjelder særlig pasienter med kognitiv svikt. Det viser seg at pasienter som fungerer dårligst helsemessig mottar det svakeste pleietilbudet. Dette kan vi også se ute i praksis da rammene ikke strekker til for å gi ønskelig pleie til disse pasientene.

5.2.3 For at de ikke skal skade seg

I følge loven om kommunale helse- og omsorgstjenester, skal en ved ytelse av helsehjelp forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Det vil si at helsepersonell som yter hjelp ved institusjoner, har ansvaret for å forebygge at beboere i sykehjem og andre institusjoner skal faller og skader seg (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester 2011).

I studien av Øyvind Kirkevold (2005), vises det at 37 % av beboere i somatisk avdeling, og 45 % av beboere i skjermet enhet, blir utsatt for minst ett tvangstiltak per uke. Noen av tvangstiltakene beboerne hyppigst blir utsatt for, er bruk av sengehest, fiksering i seng eller stol. Tvangstiltakene som nevnes i studien til Kirkevold, samsvarer med våre funn, hvor sengehest, festing av bord til stol og fiksering i stol og seng, samt andre tiltak for å sikre sikkerheten til beboerne, er fremtredende (Lejman et al. 2013, Chuang og Huang 2007, Saarino og Isola 2010 og Goethals 2012).

Vi har personlig opplevd reaksjoner fra pårørende hvor det ble stilt spørsmål vedrørende hennes demente ektemann. Mannen ble til stadighet plassert i en lenestol med fast bord på.

Dette fikk henne til å undre på om det var for å forebygge fall eller på grunn av for få pleiere på jobb.

I en hektisk hverdag med mange oppgaver som skal gjøres, er det sjeldent en kan vie sin fulle oppmerksomhet til pasienten. En sykepleier fra studien til Chuang og Huang (2007), sier at hun følte seg lettet og trygg hvis hun visste at pasientene ikke er i stand til å skade seg når hun ikke var tilstede, selv om hun har brukt fysisk tvang for å forsikre seg om dette.

Eldre pasienter med kognitiv svikt er i større grad enn andre mer utsatt for fallulykker (Ranhoff 2010). I 10 prosent av tilfellene fører fallet til alvorlig skade (Lindebjerg 2011). Vår studie viste at bruk av tvang ble iverksatt for å forebygge fallulykker med mulig alvorlig utfall (Goethals 2012, Lejman et al. 2013, Chuang og Huang 2007 og Saarino og Isola 2010). Dette blir i tråd med pasientrettighetsloven (Helsedirektoratet 2008). Slik vi har erfart er det kun én pleier på seinvakt som har ansvaret for åtte kognitivt svekkede pasienter. I en stellsituasjon blir sju pasienter «overlatt til seg selv». Hadde man hatt to pleiere på vekten kunne man ha hatt ett ekstra par øyne til å være sammen med de resterende pasientene slik at man kunne ha redusert tvangsbruk på denne måten. Da hadde ikke bevegelsesrestriksjoner mot pasientenes vilje vært like nødvendig.

Funn fra Saarnio og Isolas (2010) studie viser at helsepersonellet brukte direkte og indirekte former for tvang. Indirekte bruk av tvang forekom i situasjoner hvor helsepersonellet fratok brukerne sin mobilitet, ved å bruke magnetiske belter, bord og sengetøy. Ved direkte bruk av tvang plasserte helsepersonellet pasientene i en slik posisjon at de ikke var i stand til å komme seg derifra for egen maskin, eks. ved å fjerne forflyttningshjelpemidler. Andre «løsninger» var at pleierne tippet stolen til pasienten så langt bakover at pasienten ikke greide å komme seg opp på egenhånd.

Flere av våre funn viser at beskyttelse av medpasienter og de som jobber i avdelingen var grunner til at det ble brukt tvang på pasientene. I følge studien til Kirkevold(2005) viser den til at pasientkarakteristika som demens, aggressiv atferd og dårlig ADL funksjon ofte var assosiert med tvang. Studien til Pedersen et al. (2013) stiller seg bak uttalelsen som omtaler sikkerhet til medpasienter og helsepersonell. En annen uttalelse i denne studien var at helsepersonellet var så vant til å bli slått og trakassert at de ikke lenger skrev avvik eller

annen relevant dokumentasjon på hendelsen. Helsepersonellet opplevde ingen bedring eller andre konsekvenser som resultat av et avvik og gav dermed opp prosessen. Avvik er en faktor som er med på å sikre forhold for ansatte. Det er viktig at tiltak blir satt opp forebyggende for lignende situasjoner (Møre og Romsdal fylkeskommune 2014). Ofte er det enhetsleder som ha ansvar for å gjøre noe med registrerte avvik. Dette er et brudd fra organisasjonens side som bør tas på alvor.

Kjærlighetsprinsippet er nestekjærlighet knyttet til omsorg i følge Kari Martinsen (Kirkevold 1992) der det handles til det beste for et annet menneske. Ofte oppleves tvang som et velmenende middel i omsorgsarbeidet. Paternalisme står sterkt når man handler til pasientens beste. Den kognitive svikten gjør at pasienten ikke lenger er i stand til å ta egne avgjørelser og dette resulterer ofte i bruk av tvang i institusjoner (Kirkevold 1992).

Sykepleiere arbeider etter ICNs yrkesetiske retningslinjer. Der står det at sykepleier skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, og derunder rett til helhetlig sykepleie, unngå krenkelser og at medbestemmelsesretten er ivaretatt. Samtidig skal unngå unødig bruk av tvang (Norsk sykepleieforbund 2007).

I følge Pedersen et al.(2013), er pleierne godt kjent med at mangel på ressurser ikke er en lovlig begrunnelse for bruk av tvang, men at av og til er ikke realiteten i samsvar med lovverket. Av egen erfaring, ønsker de aller fleste blant helsepersonell, både faglærte og ufaglærte å fremme god omsorg og helse hos sine pasienter og brukere, men trolig vil mange støtte seg til utsagnet i Pedersen et.al (2013). Det kan i mange tilfeller være svært vanskelig å skulle møte alle krav i en arbeidshverdag.

5.2.4 Den gode hensikt

Kari Brodtkorb (2011) sier at i sykepleiefaget har spørsmål om moral og etikk alltid vært viktige. Kvalitativ god sykepleie kjennetegnes av handlinger der fag og etikk forenes i god praksis. Dette er ganske likt i forhold til Kari Martinsens(2003) tanker om «praktisk-moralsk handlingsklokskap».

De fleste resultatene fra vår studie viser at helsepersonellet som utfører tvang ønsker å gjøre det til pasientens beste. Som vi har sett i funnene om sikkerhet vil dette flyte noe over i hverandre i og med at tvang skjer i den hensikt å beskytte pasienten. Dessverre kan vi se mange negative konsekvenser, både for helsepersonellet og for pasientene.

Følelsesmessige belastninger er en av dem. Helsepersonellet som opplever belastningen vil streve med dette over lengre tid. Konsekvenser for dette kan resultere i sykmeldinger som ikke er gunstige for arbeidssted, pasienter eller helsepersonellet.

Sykepleiere har grunnleggende verdier, normer og regler i følge Norsk sykepleieforbunds yrkesetiske retningslinjer. Dette munner ut i at man skal følge retningslinjene som omhandler sykepleie som profesjon og sykepleie og pasienter, som her blir relevant for resultatet (Norsk sykepleieforbund 2007).

Einar Aadland (1998) stiller spørsmålet «Korleis kan eg sikre meg at *eg* handlar rett?» Videre sier Aadland at etiske problemstillinger er komplekse og vanskelige. Ofte kan dette knyttes til variabler i samfunnet og alle situasjoner er på sin måte unike. Spørsmålet Aadland(1998) stiller er essensielt i en helsepersonells hverdag. Når man handler ut ifra samvittighet, ærlighet og har vært tro mot sine verdier, har man vært et moralsk menneske (Aadland 1998). Selv om flere av studiene viser at helsepersonellet har handlet for pasientens beste, sliter mange likevel med dårlig samvittighet (Huang og Chuang 2007, Pedersen et. al 2013, Garden og Hauge 2012). Er dette da et tegn på mangelfull kunnskap om tvang? Blir ikke problematikken diskutert nok på aktuelle arbeidsteder? Vi har også erfart at det er mye ufaglærte ute i jobb på institusjoner. I en norsk studie fra 2009 (Norsk sykepleieforbund 2009) kommer det frem i en undersøkelse at i helgene kan det være opptil 48 prosent ufaglærte på jobb. Flere av våre funn viser at helsepersonell sier at de opplever dette (Juthberg og Sundin 2009 og Saarnio og Isola 2010).

Pasientrettighetsloven slår fast at det skal være prøvd ut andre tillitsskapende tiltak før tvangsvedtak fattes. Dersom hovedformålet med helsehjelpen er pleie og omsorg, skal det treffes eget vedtak om dette (Helsedirektoratet 2008).

Pasientrettighetsloven § 4-A -1 sier at det er nødvendig å yte helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt å forebygge og begrense bruk av tvang. Dersom tvangstiltak benyttes på eldre pasienter bør det være en åpen diskusjon mellom leger, pleiere og pårørende og evt. pasient selv (Helsedirektoratet 2008). Men i studien til Pedersen et al. (2013) og Zwijsen (2011) sier mange av respondentene at det mangler vedtak og at dokumentasjonen er enten fraværende eller mangelfull. Ofte kan dette påvirkes på bakgrunn av f.eks. trange rammer, der man rett og slett ikke har nok tid til å utføre de dokumentasjonskravene som kreves. Personlig har vi aldri opplevd at dokumentasjonskravene eller prosessen rundt et vedtak ble diskutert i praksis. Vi bare observerte at tvangstiltakene ble utført. Ofte hadde pasientene allerede bodd lengre perioder på institusjonene. Det er mulig vedtakene hadde blitt fattet lenge før vår tid på stedet. Men allikevel skal ikke slike vedtak gjelde mer enn ett år av gangen (Helsedirektoratet 2008). Ute i praksis viser dette til en kvalitetssikring som ikke er tilfredsstillende. Muligens burde dette systemet vært utbedret og oppdatert mye mer enn i dag. Vi som helsepersonell med relevant fagkunnskap må være aktiv i å sikre gode rutiner ved organisasjonen.

Tvang forekom oftest i situasjoner som innebar personlig hygiene og ADL-funksjoner (Garden og Hauge 2012, Jakobsen og Sørli 2010, Lejman et al. 2013, Pedersen et al. 2013, Hem et al. 2010, Saarnio og Isola 2009 og Zwijsen et al. 2011). Dette med personlig hygiene har forandret seg med tiden. Det er store forskjeller fra da dagens gamle var unge, til nåtidens hygieniske vaner. I dag lever vi i et samfunn det forventes at man skal være ren og pen. Pedersen et al (2010) sier at pasientenes verdighet knyttes til å være rene og velstelte og til å ha et ytre som bærer preg god ivaretagelse. Dette har vi kjent på kroppen selv. Man føler at pasientene trenger å vaskes flere ganger om dagen. Personlig har vi opplevd at det er dette pårørende også forventer av helsepersonellet. Siden renslighet har blitt en viktig verdi i vår kultur, skal vi da flere ganger om dagen utsette pasienter for tvang for å ivareta deres verdighet? Men hvor er verdigheten i forhold til autonomi eller paternalisme. Bytter vi bare den ene «krenkelsen» med den andre?

5.2.5 Den daglige rutinen

I følge vår studie er tvang mest fremtredende i stellesituasjoner og andre situasjoner som omhandler personlig hygiene (Garden og Hauge 2012, Jakobsen og Sørli 2010, Lejman et al. 2013, Pedersen et al. 2013, Hem et al. 2010, Saarino og Isola 2009 og Zwisjen et al. 2011). Samuelsen og Skovdahl mfl. (2003, sitert i Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff, 2010, 150) henviser til forskning som sier at stellesituasjoner i sykehjem kan både være integritetstruende for pasienten og emosjonelt belastende for sykepleieren. For mange pasienter er stellet en intim og personlig situasjon. Det kan være vanskelig for pasienten å akseptere denne situasjonen. Evnen til å utføre egenomsorg er ikke lenger tilstede og pasienten kan ha vansker med å motta hjelpen fra helsepersonellet (Brodtkorb 2010). Personer med kognitiv svikt kan ha vanskeligheter med å gjenkjenne situasjoner. Forståelsen for hva som skal skje og måten handlingen skal utføres på er fremmed for pasienten. Mange av grunnene til at eldre med kognitiv svikt får varige opphold i institusjon er i følge Otterstad mfl. en kombinasjon av demens og sviktende evne til å ivareta personlig hygiene (2006, sitert i Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff 2010, 149). Nettopp fordi mange med kognitiv svikt har problemer med å gjenkjenne situasjoner, oppstår bruk av tvang slik at helsepersonell kan «kontrollere» situasjonen. Pasienter med kognitiv svikt forstår ikke hva som foregår i stellesituasjonen. De kan reagere med angst og uro, samt motsette seg hjelpen som gis av helsepersonell. Lite tid gir mangelfull tilrettelegging av stellet. Helsepersonell står ovenfor en konflikt som ofte løses med tvang. Det er derfor høy forekomst av tvang i stellesituasjoner i norske sykehjem (Brodtkorb 2010). God tid og tilrettelegging er høyst nødvendig for at pasienten får en positiv opplevelse i stellesituasjonen (Brodtkorb 2010).

Det er mange forskjellige metoder for å bedre kommunikasjon og samspill mellom pasienter og pleiere. Studier har vist at bl.a musikk, fysisk kontakt og terapeutisk berøring har en positiv effekt. (Myskja og Lindbæk 2000, Jensen 2004 og Salomonsen 2007) Siden disse faktorene retter seg mot det emosjonelle får man en bedre kontakt da det kognitive ofte er svekket hos den aktuelle pasientgruppen. Man kan uttrykke omsorg ved berøring. (Brodtkorb 2010) Og for en som ikke forstår ord vil dette være relevant.

Dette burde vært vektlagt ytterligere i praksis, spesielt ved avdelinger eller institusjoner som opplever å mye tvangsbruk. Målet vil være å minimere frekvensen av tvangsbruk og ved å integrere og tilrettelegge for alternative tiltak vil man se positive resultater. Dette må

man som fagperson føle et ansvar for og jobbe med å påvirke organisasjonene til å satse på dette.

I følge egne erfaringer er det lett å gjenkjenne situasjoner fra funnene våre og i bakgrunns litteraturen. Mangel på helsepersonell gjør at man ikke har tid til det gode stellet. Tilretteleggingen blir skuffet under teppet og tidspresset samt de andre arbeidsoppgavene tar overhånd. Vi opplevde det som viktigere at alle fikk den hjelpen de skulle ha, enn at hjelpen ble gjort i tråd med lovverket. Som ufaglært fikk man ikke beskjed om at arbeide man utførte var i strid med lovverket. Vi som tidligere ufaglærte fikk ikke vite om pasientene hadde samtykkekompetanse eller ikke. Hvor slik dokumentasjon befant seg visste vi ikke. Nå skal det sies at de faste på avdelingen, var utrolig flinke til å gjøre sitt ytterste for å ivareta pasientene, til tross for lav bemanning og høyt arbeidspress. Erfaringer fra mangelfull dokumentasjon er noe vi vil ta med oss i videre praksis. Vi har sett lovverket og ser at det ikke kommer godt nok frem på arbeidsstedene. Det er et organisatorisk, leder og fagansvar som plikter å opplyses om. Dette vil vi være bevisste på og være med på å belyse både for de ansatte og for pasientenes del. Dette er erfaringer vi tar med oss i videre praksis og belyser

Andre funn gjort i vår studie er knyttet opp mot ADL-funksjon og restriksjoner i forhold til mobilitet. I følge loven om kommunale helse- og omsorgstjenester(2011), har helsepersonell ansvar for at pasientene ikke skader seg selv.

Det er ikke alltid like enkelt å skulle jobbe etter loven, selv om det er det vi streber etter. Selv om beboere har tvangsvedtak, er det ikke noen kjekk opplevelse og feste bordet til lenestolen, for så å gå sin vei. Men på grunnlag av kliniske vurderinger vet man at å plassere bordet på stolen vil sikkerheten til pasienten øke. Bordet minsker faren for fall og helsepersonellet er tryggere på at pasienten ikke skader seg når de ikke er tilstede. Det er hele tiden en hårfin balansegang der en må vurdere for og i mot bruk av tvang. I følge velgjørenhet og ikke-skadeprinsippet skal sykepleier handle til det beste for pasienten, og unngå at behandling som blir gitt fører til skade på pasient. De er begge konsekvensetiske prinsipper. Sykepleiers handling skal alltid være til det beste for pasienten (Slettebø 2009). Helsepersonelloven (2000) stadfester også dette. Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasientene. Loven om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011) stadfester at en skal forebygge sykdom, skade og sosiale problemer for pasienten.

ADL omhandler dagliglivets aktiviteter som praktiske gjøremål for å opprettholde nødvendig funksjoner i hverdagen(Lerdal og Grov 2010). Det kan være frustrerende for den eldre at man ikke lenger er i stand til å ta vare på seg selv, slik man alltid har gjort. Vi som helsepersonell forstår at det kan være vanskelig å akseptere vår hjelp når pasienten ikke selv kan utføre egenomsorg og heller ikke ønsker å motta hjelp. Hjelp til morgenstell, hjelp på toalettet, og beskjed om når man skal dusje er vanskelig å godta for mange. Man trenger verken å være dement eller å ha kognitiv svikt, for å forstå at dette er en trasig situasjon for den det gjelder. Situasjonen blir heller ikke bedre om pleierne ikke har tid og kunnskap til å tilrettelegge stellet på en god måte. Pasienten bør få muligheten til å forstå hva som foregår, mulighet til å utføre deler selv slik at mestringsfølelsen ivaretas.

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse bruk av tvang i institusjoner overfor pasienter som motsetter seg helsehjelp, gjennom helsepersonells opplevelser. Funnene i vår studie er delt opp i fem temaer; følelser, rammer, situasjoner, intensjoner og sikkerhet. Våre funn viser at helsepersonellet opplevde mange negative følelser i situasjoner hvor det ble brukt tvang overfor pasienter som motsetter seg helsehjelp. De opplevde tristhet, maktesløshet, sterk skyldfølelse og dårlig samvittighet. Et annet funn var at helsepersonellet mente at rammefaktorer har stor innvirkning for utførelsen av tvangsbruk. I situasjoner med faktorer som lav bemanning, lavt kunnskapsnivå og dårlig tid så man en klar sammenheng til bruken av tvang. Helsepersonellet i vår studie opplevde at i noen situasjoner var bruken av tvang hyppigere enn andre alternative tiltak. Situasjoner som omhandlet stell, personlig hygiene eller ADL-funksjon, var oftest sett i sammenheng med bruk av tvang. Intensjonen om den gode gjerning var ofte bakgrunnen for at tvang ble brukt. Ønsket om å gjøre det beste for pasienten var viktig for helsepersonellet. Fordi helsepersonell var opptatt av pasientsikkerheten og forebygging av skade ble sikkerhet et av hovedfunn i vår. Tvangsbruk ble ofte sett i situasjoner hvor helsepersonellet ønsket å ivareta pasientens sikkerhet.

Som helsepersonell vil man møte pasienter som motsetter seg helsehjelp de aller fleste arenaer, eks. sykehus, hjemmesykepleie, sykehjem og andre institusjoner. Behovet for kunnskap, tilstrekkelig tid og bemanning vil være viktige faktorer som bør være tilstrekkelig dekket for å møte pasienter som motsetter seg helsehjelp og for å dekke deres hverdagslige behov.

Når helsepersonell havner i et eller flere etiske dilemmaer, oppstår det en konflikt mellom verdier, normer og lovverk. Vi kunne se at etiske dilemmaer spilte en stor rolle i forbindelse med bruken av tvang. Fasitsvaret på et dilemma kan ofte ses på som håpløst og uløselig.

6.1 Forslag til videre forskning

Vår problemstilling er og vil bli mer tidsaktuell som følge av samfunnsutviklingen. Til tross for dette fantes det lite ny forskning på området.

Det å øke fokuset på tvangsbruk er relevant da det viste seg at tvang forekommer veldig ofte i mange land, og spesielt i Norge. Det kan hende at tvang ikke er forsket så mye på da det er et tabubelagt og sårbart tema for mange, og at det er et nødvendig onde i manges hverdag.

Et økt fokus, en økt bevissthet og et økt kunnskapsnivå kan være med å bringe tvang frem i lyset og ufarliggjøre det å snakke om det. Å ha fokus på studier som tar for seg tiltak som man vet har positiv effekt bør vektlegges og integreres ytterligere i praksis. En omorganisering og satsing på ressurser angående alternative tiltak og behandlinger trengs for å redusere tvangsbruk. Evidensbasert kunnskap om temaet bør benyttes og forskes videre på. Kanskje kan tvang og enkelte av funnene fra studiene være med på å sette de svakestes pleietilbud i perspektiv.

Litteraturliste

- Aadland, Einar. 1998. «Vilkår for etikk og moral.» i *Etikk for helse- og sosialarbeidarar*. 33-40. Oslo: Det Norske Samlaget
- Bakke, K. H 2004. «Nye tanker om bemanningen i sykehjem». *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. 124:2807
- Befring, Anne Kjersti og Bente Ohnstad. 2010. «Lovens formål, virkeområde og definisjoner.» i *Helsepersonelloven – med kommentarer*. 39-54. Oslo: Fagbokforlaget
- Berentsen, Vigdis Drivdal. 2010. «Kognitiv svikt og demens». I *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*, red. Marit Kirkevold, Kari Brodtkorb og Anette H. Ranhoff, 350-382. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Brodtkorb, Kari. 2010. «Stellet-mulighetens arena». I *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*, red. Marit Kirkevold, Kari Brodtkorb og Anette H. Ranhoff, 148-156. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Brodtkorb, Kari. 2011. «Yrkesetikk». I *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie Sykepleieboken I*. Red. Holter, Inger Margethe og Tone Elin Mekki. 306-326. Oslo: Akribe
- Bunkholdt, Vigdis. 2002. «Emosjoner». I *Psykologi, en innføring for helse- og sosialarbeidere*. 94-102. Oslo: Universitetsforlaget
- 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: 87-97.
- Dalland, Olav. 2012. «Ethiske overveielser og personvern». i *Metode og oppgaveskriving*. 94-109. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Demensinfo. 2010. Tema: Behandlingsideologi.
http://demensinfo.no/?page_id=2984
(Lest: 24.03.2014)
- Evans, David. 2002. «Systematic review of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data.» *Australian Journal of Advanced Nursing*. 20(2)22-26

- Forsberg, Chistina og Yvonne Wengstrøm. 2013. «Olika typer litteraturstudier» I *Att göra systematiska litteraturstudier*. 115-125. Stockholm: Författarna og Bokförlaget Natur och Kultur
- Garden, May-Hilde og Solveig Hauge. 2012. “Kampen for pasientens beste – sykepleiers opplevelse av å delta I bruk av tvang overfor personer med demens.” *Vård I Norden* 106(32): 18-22.
- Goethals, Sabine, Bernadette Dierckx de Casterlé og Chris Gastmans. 2013. «Nurses’ ethical reasoning in cases of physical restraint in acute elderly care: a qualitative study.» *Medical Health Care and Philosophy* 16: 983-991.
- Hamers, J.P.H og A.R. Huizing. 2005. “Why do we use physical restraints in the elderly?” *Zeitschrift für Geriatrie und Geriatrie* 38(1): 19-25.
- Helsedirektoratet. 2008. Lov om pasientrettigheter kapittel 4A. *Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen*. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet. 2011. Tema: Demens
<http://www.helsedirektoratet.no/helse-ogomsorgstjenester/omsorgstjenester/demens/sider/default.aspx>
 (Lest 25.11.13)
- Helsepersonelloven. 2000. *Lov av 2.juli 1999 nr. 64. Om helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp i riket*. www.lovdata.no (Lest 04.03.14)
- Helse- og omsorgstjeneste loven. 2011. *Lov av 24. juni 2011 nr. 30. Om kommunale helse- og omsorgstjenester*. www.lovdata.no (Lest 21.03.14)
- Jakobsen, Rita og Venke Sørli. 2010. «Dignity of older people in a nursing home: Narratives of care providers» *Nursing Ethics* 17(3): 289-300.
- Jensen, Trude L. 2004. “Det gode håndlag”. I *Sykepleien* 92(21): 45-47.
- Juthberg, Christina og K. Sundin. 2010. “Registered nurses’ and nurse assistants’ lived experience of troubled conscience in their work in elderly care – A phenomenological hermeneutic study.” *International Journal of Nursing Studies* 47: 20-29.
- Jørgensen, Else og Ragnhild Michaelsen. 2013 *generelle retningslinjer for avsluttende bacheloreksamen i sykepleie*. Molde: Avdeling helse- og sosialfag
- Kirkevold, Marit.1992. «Kari Martinsens omsorgsteori.» i *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*.168-182. Oslo: ad Notan Gyldendal AS

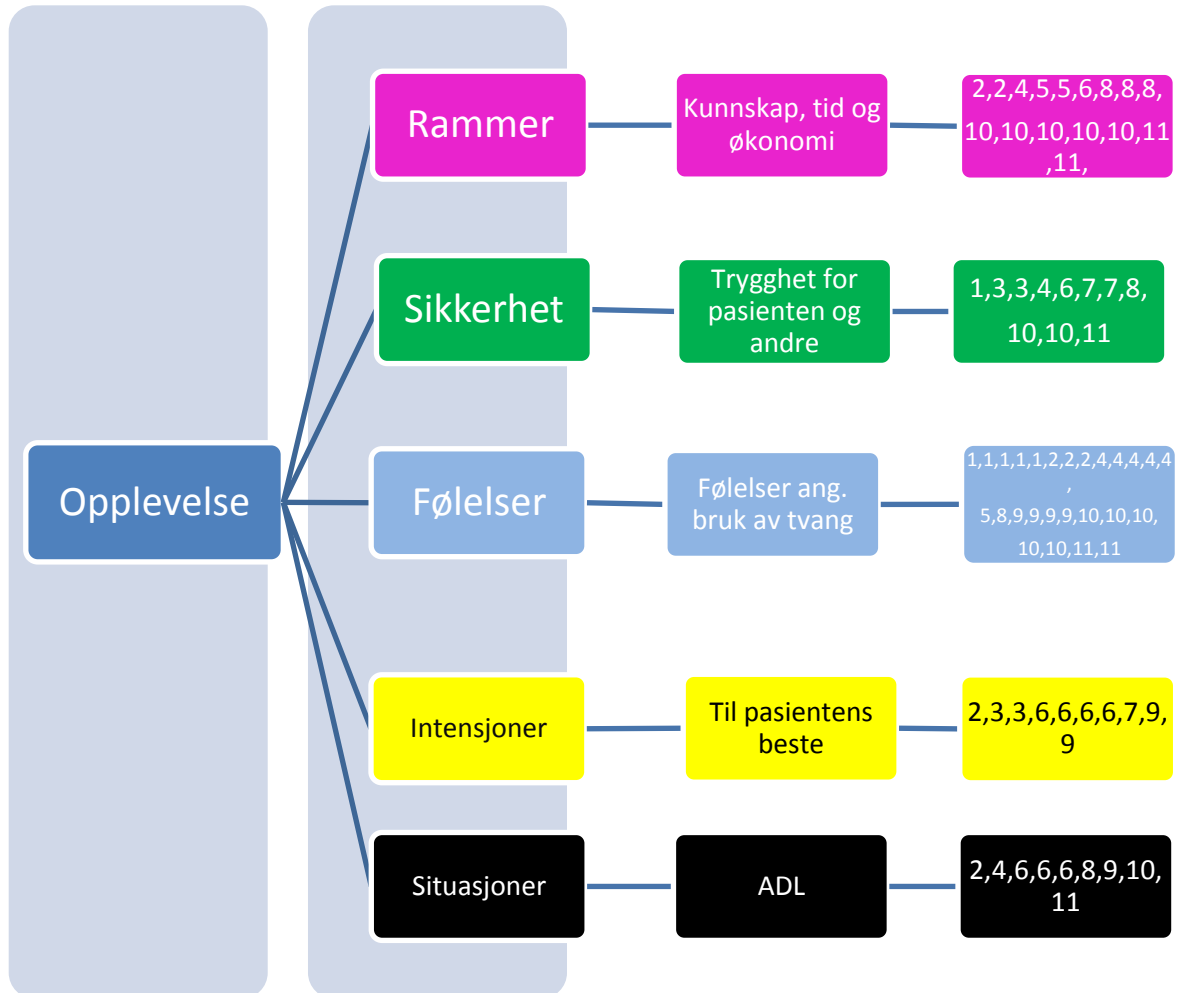
- Kirkevold, Marit. 2010. «Gammel og syk». i *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*.23-28, red Kirkevold, Marit, Kari Brodtkorb og Anette H. Ranhoff
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Kirkevold, Øyvind. 2005. «Bruk av tvang i sykehjem.» *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. 125:1346-8.
- Kirkevold, Øyvind og Knut Engedal.2004. «Prevalence of patients subjected to constraint in Norwegian nursing homes». *Scand J Caring Sci*.18(3):281-6.
- Kunnskapsbasert praksis. 2012. Tema: spørsmålsformulering
<http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/pico/>
(Lest 18.03.14)
- Kunnskapssenteret 2008. Tema: vurdering av forskningsartikler
<http://www.kunnskapssenteret.no/verkt%C3%B8y/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>
(lest 20.11.13)
- 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.
- Lerdal, Anners og Ellen Karine Grov. 2010. «Aktivitet». I *Grunnleggede kunnskap i klinisk sykepleie, Sykepleieboken 1*, red. Holter, Inger Margrethe og Tone Elin Mekki.640-656. Oslo: Akribe
- Lindebjerg, Mai Britt. 2011. «Førstehjelp». I *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. red.Holter, Inger Margrethe og Tone Elin Mekki.477-522.
Oslo: Akribe
- Martinsen, Kari. 2003. «En moralfilosofisk og sosialpolitisk forståelse av omsorgsbegrepet.» i *Omsorg, sykepleie og medisin*. 42-61.
Oslo: Universitetsforlaget
- Molven, Olav. 2011. «Pasienters rettigheter og plikter». I *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*, red. Holter, Inger Margrethe og Tone Elin Mekki. 105-135. Oslo: Akribe
- Molven, Olav. 2012. «Tvangsmessig påføring av helsehjelp». I *Sykepleie og jus*. 118-126.
Oslo:Gyldendal Norsk Forlag.
- Myskja, Audun og M. Lindbæk. 2000. «Hvordan virker musikk på menneskekroppen?». I *Tidsskrift for Den norske legeforening* 120:1182-1185.

- Møre og Romsdal fylkeskommune. 2014. Tema: Avviksregistrering
<https://mrfylke.no/Intranett/Kvalitetsleing-HMS/Elev-arbeidsmiljoe/Elevhandbok/3.-Kartlegging-og-avviksregistrering/Avviksregistrering>
(Lest: 11.06.14)
- Natan, Merav Ben, Orit Akrish, BatSheva Zaltkina og Ronit H. Noy. 2010. «Physically restraining elder residents of long-term care facilities from a nurses' perspective.» *International Journal of Nursing Practice* 16: 499-507.
- Nordtvedt, Monica Gro J Amtvedt, Birgitte Graverholt og Liv M. Reinart. 2007. «Vurdering og tolkning av forskning». I *å arbeide og undervise kunnskapsbasert - en arbeidsbok for sykepleiere*. 67-139. Oslo: Norsk sykepleieforbund
- Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste. 2013. Database for statistikk om høyere utdanning.
<http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/> (Lest: 25.11.13)
- Norsk sykepleieforbund. 2007. Tema: *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*
<https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/304808/Yrkesetiske%20retningslinjer.pdf>
(Lest 18.03.14)
- Oslo universitetssykehus. 2011. Tema: Demens
<http://www.oslouniversitetssykehus.no/pasient/diagnoseogsykdommer/Sider/demenssykdommer%20og%20kognitiv%20reduksjon.aspx>
(Lest 25.11.13)
- Pedersen, Reidar, Marit H. Hem, Elisabeth Gjerberg og Reidun Førde. 2013. «Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning.» *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* 18(133) 1935-1939.
- Pedersen, Reidar, Marit H. Hem, Elisabeth Gjerberg og Reidun Førde. 2010. «Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang.» *Sykepleien forskning* 4(5): 294-301.
- Petersen R.C. 2004. "Mild cognitive impairment as a diagnostic entity." *Journal of International Medicine*, 256(3): 183-194.
- Ranhoff, Anette Høyen. 2010. «Den gamle pasienten». I *Geriatrisk sykepleie, God omsorg til den gamle pasienten*, red Kirkevold, Marit, Kari Brodtkorb og Anette H. Ranhoff 137-147. Oslo: Gyldendal akademisk

- Ranhoff, Anette Høyen. 2010. "Forebyggende og helsefremmende sykepleie".
I Geriatrisk sykepleie, God omsorg til den gamle pasienten, red. Kirkevold, Marit, Kari Brodtkorb og Anette H. Ranhoff 137-147. Oslo: Gyldendal akademisk
- Romøren, Tor Inge. 2010. "Eldre, helse og hjelpebehov". I *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*, red. Kirkevold, Marit, Kari Brodtkorb og Anette H. RAnhoff. 29-37. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Salomonsen, A. 2007. "Massage and touch – experience and effect". I *Klinisk Sygepleje*, 21(2): 74-78.
- Sarnio, Reetta og Arja Isola. 2010. «Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional care of older people in Finland.» *Journal of Clinical Nursing* 19: 3197-3207.
- Slettebø, Åshild. 2010. «Juridiske rammer og etiske utfordringer». I *Geriatrisk sykepleie, God omsorg til den gamle pasienten*. Red. Kirkevold, Marit, Kari Brodtkorb og Anette H. Ranhoff. 169-180. Oslo: Gyldendal Norsk forlag
- Slettebø, Åshild. 2009. «Til pasientens «beste»?». I *Sykepleie og etikk*. 85-112. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Store Norske Leksikon. 2013. Tema: Helsepersonelloven.
<http://snl.no/helsepersonelloven>
(lest 10.06.14)
- Zwijssen, Sandra, Marja F.I.A. Depla, Alistair R. Niemeijer, Anneke L. Francke og Cees M. P. M. Hertogh. 2011. «The concept of restraint in nursing home practice: a mixed-method study in nursing homes for people with dementia.» *International Psychogeriatrics* 23(5): 826-834.

Vedlegg

Vedlegg 1



Vedlegg 2a

	Søkeord	Dato	Database	Ant. treff	Leste abstrakt	Les te artikler	Inkluderte
1	Health Personnel or health personnel*	10/12-13	Ovid Medline	123330			
2	Medical personnel*	“	“	4354			
3	Experience*	“	“	715867			
4	Nursing Homes/ or nursing home*.mp. or Homes for the Aged or Dementia	“	“	72786			
5	Coercion/ or coercion*.mp.	“	“	4956			
6	Restraint, Physical/ or restrain*.mp.	“	“	34305			
7	5 or 6	“	“	39126			
8	1 and 3	“	“	17599			
9	7 and 8	“	“	117	44	10	<p>Nurses’ feelings and thoughts about using physical restraint in hospitalized older patient.</p> <p>Dignity of older people in a nursing home: narratives of care providers</p>

Vedlegg 2b

	Søkeord	Dato	Databas e	Ant.treff	Leste abstrakt	Leste artikler	inkluderte
1	nurs* experience.m p. or Nursing Staff/	11/12 -13	Ovid medline	17957			
2	Coercion/ or coercion*.mp.	“	“	4956			
3	institution.mp .	“	“	73025			
4	Restraint, Physical/ or restrain*.mp.	“	“	34305			
5	1 and 4	“	“	127	39	5	Nurses perception s of ...Finla nd

Vedlegg 2c

	Søkeord	Dato	Database	Ant.treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte
1	nurse	16/12- 13	Ovid Medline	551037			
2	feeling*.mp.	“	“	37108			
3	1 and 2	“	“	5224			
4	coercion.mp. or Coercion/	“	“	4949			
5	Restraint, Physical/ or restrain.mp.	“	“	12373			
6	4 or 5	“	“	17225			
7	3 and 6	“	“	33			
8	caregivers.mp. or Caregivers/	“	“	35188			

9	Health Personnel/ or Community Health Workers/ or health workers.mp.	“	“	31921			
10	1 or 8 or 9	“	“	602942			
11	6 and 10	“	“	1764			
12	Nursing home.mp. or Nursing Homes/	“	“	32778			
13	11 and 12	“	“	435			
14	limit 13 to (yr="2008 - Current" and (danish or english or norwegian or swedish))	“	“	82	12	3	Physically restraining elder residents of long-term care facilities from a nurses' perspective

Vedlegg 2d

	Søkeord	Dato	Database	Ant.treff	Leste abstrakt	Leste artikler	inkluderte
1	feeling*.mp.	3/1-14	Ovid medline	37108			
2	experienc*.mp.	3/1-14	“	705867			
3	Restraint, Physical/ or restrain*.mp.	3/1-14		34305			
4	coercion.mp.	3/1-14		4949			
5	nursing home.mp. or Nursing	3/1-14		32778			

	Homes/						
6	Homes for the Aged/ or home of the aged.mp. or Nursing Homes/	3/1-14		32431			
7	exp "Attitude of Health Personnel"/ or Attitude/ or attitude.mp.	3/1-14		251312			
8	1 or 2 or 7	3/1-14		942374			
9	3 or 4	3/1-14		39119			
10	5 or 6	3/1-14		37176			
11	8 and 9 and 10	3/1-14		93	29	6	The concept of restraint in nursing homes practice: a mixed-method study in the nursing home for people with dementia.

Vedlegg 2e

	Søkeord	Dato	Database	Ant.treff	Leste abs.	Leste art.	inkluderte
1	Experienc*	13/1-14	Ovid Medline	706565			
2	coercion or Coercion/	13/1-14		4953			
3	Restraint, Physical/ or restrain*	13/1-14		34326			
4	older people	13/1-14		14800			

5	institution	13/1-14		73122			
6	nurs*	13/1-14		551330			
7	2 or 3	13/1-14		39144			
8	1 and 6	13/1-14		48280			
9	7 and 8	13/1-14		278			
10	Emotions/ or feeling*	13/1-14		75831			
11	8 and 9 and 10	13/1-14		32			Nurses' ethical reasoning in cases of physical restraint in acute elderly care: a qualitative study

Vedlegg 2f

	Søkeord	Dato	Database	Ant.treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte
1	Tvang	21/11-13	SweMed+	168	10	3	<p>Kampen for pasientens beste - sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens.</p> <p>Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang.</p> <p>Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning.</p>

Vedlegg 3

P	I	O
Demens	Tvang	Opplevelse
Kognitiv svikt		Holdning
Alzheimers		Erfaring
Institusjon		
Sykehus		
Sykehjem		
Etikk		

P	I	O
Dementia	Restraint	Experience
Kognitive failure/disorders	Coercion	Attitude
Alzheimers	Force	
Institutional		
Nursing Home		
Hospital		
Ethics		

Vedlegg 4

Kriterier møtt	Studiens kvalitet
Alle/ nesten alle kriterier møtt. Eventuelle svakheter kan ikke Endre studiens konklusjon.	Høy kvalitet
Brukes hvis noen av kriteriene fra sjekklisten ikke er oppfylt eller hvis kriteriene ikke er tilfredsstillende beskrevet. Det antas likevel at det er liten sjanse for at svakheterne faktisk kunne ha endret studiens	Middels kvalitet
Brukes hvis få eller ingen kriterier fra sjekklisten er oppfylt eller ikke er Tilfredsstillende beskrevet. Svakheterne kan innebære at Studiens konklusjon er gal.	Mangelfull/lav
Ingen kriterier møtt	Ekskluderes

I tillegg til disse kriteriene har vi også brukt skjønn når vi kvalitetsvurderte forskningsartiklene.

Vedlegg 5

Artikkel nr.	Forfatter, år, land, tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/ Instrument	Deltakere/ Frafall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Kvalitet
1	Chuang, Yeu-Hui og Hui-Tzu Huang. 2007. Taiwan. Journal of Clinical Nursing	Nurses' feelings and thoughts about using physical restraint in hospitalized older patient.	Utforske helsepersonellets følelser og tanker omkring bruk av tvang på eldre sykehuspasienter.	Kvalitativ Semi-strukturerte intervjuer.	Utvalget besto av 12 kvinnelige sykepleiere, i alderen 21-32 år	Helsepersonellet opplevde mange negative følelser: -skyldfølelse -emosjonelle dilemmaer -utfordrende -synes synd på pasienter -tristhet -følte at de hadde gjort noe galt Sikkerhet: tvang førte til at pleierne følte sikkerhet.	Studien ble godkjent av The ethical committee of the nursing department at Chung Hwa College of medical technology in Taiwan, og direktørene for sykehusavdelingene ved de tre sykehusene	Nivå 2 Høy kvalitet

2	<p>Garden May Hilde og Solveig Hauge</p> <p>2012 Norge</p> <p>Vård i Norden 106.32.1</p>	<p>Kampen for pasientens beste- sykepleiers opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens</p>	<p>Hensikten med studien var å belyse hvordan sykepleiere opplever bruk av tvang overfor personer med demens i hverdagen.</p>	<p>Kvantitativ studie. Dataene ble samlet inn ved bruk av livsverden- design. Livsverden- design fokuserer på hvordan et hverdagsfen- omen beskrives av mennesker som opplever det.</p>	<p>Antall deltakere var 8 sykepleiere, fra 8 forskjellige kommuner i 3 forskjellige fylker.</p>	<p>-Tvang opplevdes som en nødvendighet for pasientens beste. -Negative følelser som skyld, usikkerhet, sinne -Opplevelsen at pasienten var tapt/tildekket -Opplevelse av trange rammer</p>	<p>Undersøkelsen ble gjennomført i samsvar med Helsinki- deklarasjonens etiske forskningsprinsi- pper.</p>	<p>Nivå 1. Høy kvalitet</p>
---	--	---	---	---	---	---	--	-------------------------------------

3	Goethals, Sabine. Dierckx de Casterlé Bernadette. Gastmans Chris. 2012. Belgia. Medical health care philosophy	Nurses' ethical reasoning in cases of physical restraint in acute elderly care: a qualitative study	Hensikten var å utforske etiske argumentasjonsprosesser blant helsepersonell i situasjoner med fysisk tvang.	Kvalitativ design. Semi-strukturerte intervju.	21 deltakere. 12 forskjellige sykehus.	-Beskytte pasientens sikkerhet -Forklare hvorfor tvangen ble brukt -Beskytte pasienten fra å skade seg selv.	Godkjent av etisk komité	Nivå 1 Middels kvalitet
---	---	---	--	---	---	--	--------------------------	-----------------------------------

4	Jakobsen, Rita og Venke Sørli 2010. Norge. Nursing Ethics	Dignity of older people in a nursing home narratives of care providers	Hensikten var å belyse de etiske vanskelige situasjonene som ble opplevd av helsepersonell som jobbet på sykehjem.	Metode: Phenomenologisk hermeneutisk metode.	Deltakere: 23 helsepersonell	-Vanskelig å håndtere pasientens motsettelse til hjelp -Bruk av tvang er vanskelig -Dårlig samvittighet -Vanskelig balansegang mellom autonomi og verdighet -Vanskelig i forhold til effektivitet/trange rammer	Vurdert av REK	Nivå 2 Høy kvalitet
---	--	--	--	--	------------------------------	---	----------------	------------------------

5	Juthberg, C og K. Sundin. 2010. Sverige. International Journal of Nursing Studies	Registered nurses' and nurs assistans' lived experience of troubled consience in their work in elderly care – A phenoenological hermeneutic study	Studien hadde som mål å belyse helsepersonel lets opplevelser av dårlig samvittighet i eldreomsorge n.	Kvalitativ studie. Det ble brukt åpne spørsmål i intervjuet og studien var en del av en større studie.	6 registrerte sykepleiere og 6 assistenter fra fire forskjellige institusjoner.	-Dårlig samvittighet -Negative følelser: Makteløshet, tvil, usikkerhet, utilstrekkelighet. -vanskelig i forhold til rammebetingelser -usikkerhet i egen kompetanse	Studien var godkjent av The etichal committee of the Faculty of Medicine, Umeå University	Nivå 2 Middel s kvalitet
---	--	---	--	--	---	---	---	---------------------------------

6	Lejman, Eva et al. 2013. Sverige. Nursing ethics	The ethics of coercive treatment of people with dementia.	Beskrive hvordan sykepleiere i sykehjem sørger for sikkerhet, god sikker sykepleie og opprettholde verdigheten til pasienter med demens uten å true deres integritet	Kvalitativ studie. Deskriptiv	10 sykepleiere som jobbet i 10 forskjellige sykehjem	Gode intensjoner Variasjon i kunnskap Tvang ble brukt til pasientens beste Tvang ble brukt i stell, ADL og sosial deltakelse	Formell godkjenning av etisk komité var ikke nødvendig. Men anbefalingen for etisk forskning i Sverige ble fulgt. Sykehjemslederne og sykepleierne mottok nedskrevet informasjon om studien.	Nivå 2 Høy kvalitet
---	---	---	--	----------------------------------	--	---	--	------------------------

7	Natan, Merav et al. 2010. Israel. International journal of nursing practice	Physically restraining elder residents of long-term care facilities for a nurses' perspective.	Identifisere og analysere store variabler som påvirker intensjonelle bestemmelser fra helsepersonel I angående fysisk tvang på eldre pasienter I langtidsavdelinger	Kvantitativ studie. 120 spørsmålsskjema ble sendt ut..	104 deltakere Frafall 16. Respons 86 %.	-83,3 % så på tvang som rettferdiggjort når det forekom for fall/pasientsikkerhet -Tvang ble brukt for å unngå at pasienten skadet seg selv. -Flere var positive til tvang når det var mye å gjøre -De fleste mente at kollegaene hadde en negativ holdning til bruk av tvang	Vurdert av etisk komité	Nivå 1 Høy kvalitet
---	--	--	---	---	---	--	-------------------------	------------------------

8	<p>Pedersen, Reidar et al.</p> <p>2013. Norge</p> <p>Tidsskrift for den Norske legeforening</p>	<p>Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning</p>	<p>Undersøke hvilke utfordringer og erfaringer som leger og andre sykehjemansatte har med de nye tvangsbestemmelserne.</p>	<p>Metode: Fokusgruppene intervju</p> <p>Det ble brukt en intervjuguide som bl.a. inkluderte spørsmål om konkrete erfaringer med bruk av tvang, hva deltakerne definerte som tvang, alternativer til tvang og øvrige spørsmål knyttet til temaet til artikkelen</p>	<p>65 sykehjemansatte</p>	<p>-Tvang ble brukt når pasienten ytte fysisk eller verbal motstand mot behandling eller stell</p> <p>-Tvang forekom hyppig men mindre enn før</p> <p>-Ble brukt for å beskytte pasienten, andre pasienter og ansatte</p> <p>-Mangel på ressurser/trange rammer</p> <p>-Mangelfull opplæring</p>	<p>Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Høy kvalitet</p>
---	---	---	--	---	---------------------------	--	---	-----------------------------------

9	<p>Pedersen, Reidar et al.</p> <p>2010. Norge</p> <p>Tidsskrift for sykepleien forskning</p>	<p>Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang</p>	<p>Hensikten var å beskrive typiske situasjoner når omsorg og pleie skal gis til personer med demens som motsetter seg hjelp.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>11 fokusgruppe intervju.</p>	<p>60 pleiere på fem sykepleiere i Norge i Østlandsområdet</p>	<p>Grenseland mellom frivillighet og tvang: i still Pleiemessige utfordringer ved personlig hygiene</p> <ul style="list-style-type: none"> -pleierne er negativ til åpenbar tvang -tvang til pasientens beste -negative følelser: Ubehag, skam, utfordrende, innvadernde, vanskelig og makt -Prøve tiltak for å unngå tvang -Ønsker ikke å bruke tvang 	<p>Vurdert av REK</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Høy kvalitet</p>
---	--	--	---	---	--	---	-----------------------	-----------------------------------

10	Saarnio, Reetta og Arja Isola. 2010 Finland. Journal of Clinical nursing.	Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional care of older people in Finland	Beskrive sykepleiers oppfatning av bruk av tvang på pasienter i institusjon.	Kvalitativ studie. Dataene ble samlet inn ved bruk av fokusgruppe - Intervju.	Utvalget besto av 6 sykepleiere, 4 assistenter, 6 praktiserende sykepleiere og 5 ledere.	Negative følelser: skyldfølelse, synes synd på, følte seg slem, ukomfortabel og dårlig, skapte følelser som var i konflikt med hverandre. -Pleierne følt at pasientn følte seg redd og fengslset -følte at de degraderte pasientens integritet -Bruk av tvang kan beskrives som et etisk valg - enten å opprettholde pasientsikkerheten eller å frata pasienten frihet -Pasienten ble informert på forhånd når tvang ble brukt -retningslinjer var ukjente eller ubrukt	De fikk skriftlig godkjenning fra ledelsen for hver avdeling.	Nivå 2 Middel s kvalitet
----	--	---	--	--	--	---	---	---------------------------------

11	Zwijssen, Sandra et al. 2011. Nederland. International psycogeriatrics	The concept of restraint in nursing homes practice: a mixed-method study in the nursing home for people with dementia.	utforske hvordan helsepersonel l og familiemedle mmer for sykehjemspas ienter med demens i Nederland opplever og definerer konseptet tvang.	Kvalitativ de brukte en mix-metode Semi- strukturert intervju. Fokusgrupp e	Helsepersonellet var fra 7 forskjellige sykehjem. 271 deltakere deltok i studien. Responsraten var 48 %.	-80 % anså fiksering som tvang -skapte moralsk bekymring -høyest nevnte grunn for tvang var bekymring for pasientsikkerhet -helsepersonellet hadde en tendens til å bevare de negative effekter av tvang i bakhodet	Etisk vurdert	Nivå 1 Høy kvalitet
----	---	--	--	--	---	--	---------------	-------------------------------