

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

May-Hilde Garden, RN, MNSc; Solveig Hauge, RN, MNSc, PhD

THE BATTLE FOR BENEFICENCE – NURSES' EXPERIENCE OF THE USE OF COERCION IN DEMENTIA CARE

ABSTRACT

Aim: The aim of the study was to explore how nurses experience the use of coercion towards persons with dementia in everyday situations.

Background: Coercion is frequently used in dementia care in nursing homes, and is especially related to the patient's resistance to everyday activities. There is however still a lack of knowledge about how nurses experience the use of coercion in everyday situations.

Method: Eight nurses in dementia care were interviewed using a qualitative life world research-design. A hermeneutic approach was used in the analysis.

Findings: The nurses described several nuances of how use of coercion affected them as professionals. They experienced not being able to understand the patient, at the same time as they were responsible for patient's negative sense. The nurse's attitude towards and ability to interact with the patient in everyday practice colored their justification of coercion as beneficial and made them hold out the patients anger. The nurses described shortage of resources and competence as an important reason for use of coercion. As a whole the nurses experience the use of coercion towards persons with dementia as the battle for beneficence.

Conclusion: The battle for beneficence can be founded on uncertainty regarding what is considered best for the patient.

KEY WORDS: Coercion, dementia care, nurses, interview.

Introduksjon

Det forekommer en utstrakt bruk av tvang i norske sykehjem. Hele 79 % av avdelingene rapporterte om daglig eller hyppig bruk av tvang (1). I Lov om pasientrettigheter kapittel 4A defineres tvang som «tiltak som blir brukt for å overvinne eller omgå motstand fra pasienten» (2). Den vanligste formen for tvangsbruk er holding av pasienter under bistand med personlig hygiene (1). I avdelinger for personer med demens brukes det mer av alle typer tvang, bortsett fra mekanisk tvang. 45 % av pasienter på avdelinger for personer med demens utsettes for tvangstiltak i løpet av en uke og en tredjedel utsettes for mer enn en type tvang (3). Forskning viser at bruk av tvang har en klar sammenheng med pasientens funksjonsnivå og atferd (4, 5). Samtidig tyder mye på at tvangsbruk henger sammen med de ansattes manglende kunnskaper og holdninger (6, 7), og at undervisning og veiledning av personalet på sykehjem kan gi en reduksjon av tvangsbruk (7, 8). Vanlige begrunnelser for tvangsbruk er at det er nødvendig for å beskytte pasienten, andre pasienter og ansatte (4). Den utstrakte bruken av tvang i demensomsorgen kan gi inntrykket av at tvang er akseptert som en nødvendig del av helsetjenesten til personer med demens.

Bakgrunn

I og med at tvangsbruk er så utbredt er det rimelig å anta at mange sykepleiere har erfaringer med bruk av tvang i sin daglige fagutøvelse. Det er derfor aktuelt å stille spørsmål ved hvordan sykepleiere i demensomsorgen opplever å bruke tvang. Søk i Cinahl, PubMed, ISI og Medline med søkerordene *nurs** og *coercion/ restraint* ga få relevante treff. Litteratursøket avdekket imidlertid at det finnes studier om sykepleieres erfaringer og opplevelse i forbindelse med tvangsbruk i psykiatriske og somatiske sykehus (6, 9-15). Funn fra disse studiene tyder på at sykepleiere opplever prosessen frem mot å beslutte et tvangstiltak som en indre konflikt mellom å ønske å beskytte pasienten mot antatt skade og å unngå tvang (10,12, 13, 14). I tvangssituasjonen kan sykepleiere oppleve både fravær av følelser og negative følelser som anger, frustrasjon og hjelpeløshet (6, 10, 15). Etter at

tvang er brukt, rettfærdiggjør imidlertid sykepleierne tvangsbruken som et faglig sikkerhetstiltak og et nødvendig ledd i sykepleien (6, 10-12). En studie av Lind m. fl. av sykepleiere i akuttpsykiatriske avdelinger viser at majoriteten av sykepleieren heller ikke opplevde bruk av tvang som etisk problematisk (14).

Edberg m. fl. har imidlertid gjennomført en studie om erfaringer til sykepleiere i demensomsorgen (16). Det ble gjennomført fokusgruppeintervju med totalt 35 sykepleiere i Sverige, Australia og Storbritannia. Sykepleier beskrev tvangssituasjoner som komplekse fordi de hadde sammenheng med tjenestesystemet, holdninger, andre ansatte og pårørende. Sykepleierne opplevde bruk av tvang som nødvendig for å styrke pasientens livskvalitet og lindre deres lidelse (16).

Hvordan sykepleiere opplever bruk av tvangstiltak som et element integrert i hverdagshandlinger i demensomsorgen er altså beskrevet i begrenset grad. *Hensikten med denne undersøkelsen er derfor å utforske hvordan sykepleiere opplever bruk av tvang i hverdagslige situasjoner mot personer med demens.*

Metode

For å få innsikt i sykepleierens subjektive opplevelse av å benytte tvang, er det valgt et kvalitativt livsverden-design. Et livsverden-design fokuserer på hvordan et hverdagsfenomen beskrives av menneskene som opplever det. Hensikten er å få dypere innsikt i fenomenet ved å oppdage, forstå og beskrive meninger (17,18, 19).

Setting, utvalg og rekruttering

Studien rekrutterte sykepleiere som arbeidet med personer med demens i sykehjemsavdelinger. Utvalgsriterier var at sykepleierne 1) var i pasientrettet arbeid med personer med demens, 2) hadde minimum et års erfaring fra demensomsorgen, 3) hadde deltatt i en situasjon der det ble brukt tvang mot en person med demens og 4) snakket godt nok norsk til å formidle refleksjoner over egne praksisopplevelser. Kontakten med feltet ble opprettet gjennom henvendelser til institusjonsledere. Institusjonsleder eller avdelingsledere valgte ut og forespurte aktuelle sykepleiere.

Utvalget besto av 8 sykepleiere. Totalt ble det rekruttert informanter fra 8 forskjellige kommuner i 3 fylker. Arbeidsplassene varierte geografisk mellom avdelinger i by, by-nære og landlige områder. På intervjudtidspunktet arbeidet 7 sykepleierne på avdelinger for personer med demens, mens 1 sykepleier arbeidet på en somatisk langtidsavdeling. Studiedeltakerne hadde ulik erfaring fra demensomsorgen; fra 1 til nesten 30 år.

Datasamling

Førsteforfatter gjennomført individuelle dybdeintervju. Intervjuene varte fra 45 til 72 minutter med en gjennomsnittlig varighet på 60 minutter. Intervjuene ble gjennomført på sykepleiernes arbeidsplasser i et skjermet rom. Tid og sted ble valgt etter sykepleiernes ønsker.

Dybdeintervjuene ble gjennomført med utgangspunkt i en tematisk intervjuguide. Intervjuet var planlagt som en samtale med en viss struktur for å gi innsikt i dagliglivet til den som blir intervjuet (18). Intervjudeltakerne ble først bedt om å beskrive konkrete hendelser fra praksis som de anså som tvangssituasjoner i hverdagen. Beskrivelsene skulle være så detaljerte som mulig. Videre i intervjuet ble deltakerne bedt om å utdype hendelsens «kontekst», «mening», «egenopplevelse» og «deltagerens egen forståelse av tvangsbegrepet». Eksempler på spørsmål var «Hva synes du om det som skjedde?» og «Hvordan hadde du det den gangen?».

Intervjuene ble tatt opp på lydband og transkribert fortløpende etter samtalene.

Dataanalyse

Det ble benyttet en hermeneutisk analyse av tekstdataene for å finne mening i intervjudeltakernes beskrivelser. Analyseprosessen var en bevegelse mellom delene og helheten, der helheten forstås på bakgrunn av delene og delene forstås på bakgrunn av helheten (19). Utgangspunktet for analysen var gjentatte gjennomlesinger for å få kjennskap til teksten og en foreløpig forståelse av fenomenet. Teksten ble videre inndelt i undertemaer og temaer. Mulige fortolkninger ble sammenlignet med teksten som helhet for å validere analyseprosessen. Resultatet ble en fortolket tekst som var en forening av en abstrahert forståelse av intervjudeltakernes beskrivelser, forskernes refleksjoner og livsverdensteori (17).

Figur 1: Eksempel på inndeling i undertema og tema.

Tekst:	Undertema:	Tema:	Fortolkning:
<i>I stellesituasjonen (...) når tre stykker må gå på en stakkar. Det er ikke noe rart at han slår og sparker da... Slår og spytter og klorer...</i>	Vold som resultatet av tvang	Opplevelsen av pasientens sinne i omsorgshandlinger	Kampen for pasientens beste

Validitet

Studiens gyldighet ble søkt styrket på flere måter. Først ble det gjennomført et pilotintervju for å prøve ut den tematiske intervjuguiden. Etter pilotintervjuet ble spørsmål vedrørende sykepleiernes forståelse av egne oppgaver innen den daglige demensomsorgen føyd til intervjuguiden. Pilotintervjuet ble ikke inkludert i datagrunnlaget, men ble brukt for å validere mulige fortolkninger i analysefasen.

Videre i arbeidet ble det ført en kontinuerlig diskusjon om hvordan førsteforfatters væremåte i intervjusituasjonen og begge forskernes forforståelse påvirket datasamling og analyse. Førsteforfatter har flere års praksis fra demensomsorgen, og har selv opplevd episoder der det ble benyttet tvang. Slike episoder ble opplevd som ubehaglige, særlig fordi de framsto som et dilemma mellom å påføre pasienten ubehag og å gjøre noe godt for pasienten. Andreforfatter har ingen personlige erfaringer fra demensomsorgen.

I løpet av intervjuene ble det beskrevet flere dramatiske tvangssituasjoner som var smertefulle både å lytte til og å beskrive. Det ble derfor arbeidet med å reflektere over hvilken betydning forskernes følelser og reaksjoner fikk for analyser og fortolkninger.

Forskningsetiske hensyn

Undersøkelsen ble gjennomført i samsvar med Helsinki-deklarasjonens etiske forskningsprinsipper. Alle deltakerne fikk skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet og at deltakelse var frivillig. Samtlige deltagere samtykket skriftlig til å delta. Undersøkelsen er meldt til og godkjent av personvernombudet ved Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste.

Funn

Analysen førte fram til fem ulike beskrivelser av sykepleiernes opplevelser i forbindelse med bruk av tvang. Disse presenteres fortløpende i funnbeskrivelsen. Funnkapittelet avsluttes med en overordnet fortolkning av hvordan sykepleierne opplever å bruke tvang i hverdagslige omsorgssituasjoner.

Opplevelsen av å ikke nå og ikke forstå pasienten

Utgangspunktet for tvangsbruken var vanligvis situasjoner der sykepleierne forsøkte å gjennomføre noe som de anså som et nødvendig gode for pasienten, for eksempel å hjelpe pasienten til å få stelt seg. Sykepleierne forsøkte først å oppnå frivillig deltakelse fra pasientens side ved å informere om hensikten med oppgaven og tilrettelegge for individuelle tiltak i situasjonen. Til tross for sykepleierne forsøkte å forklare hensikten ved tiltaket så tydelig som mulig, opplevde de å ikke nå inn til pasienten, slik at pasienten ikke aksepterte handlingen som skulle gjennomføres. De så da ingen andre alternativer enn å benytte tvang.

Han sloss. Jeg ser det i det uttrykket: «Jeg skal ikke ha. La meg være i fred!». Og vi forklarte og forklarte, men det nyttet ikke.

Opplevelsen av å kjenne og være knyttet til pasienten gjorde at anerkjennelsen og forståelsen for pasientens perspektiv økte. Sykepleierne var kreative med å finne individuelle miljøtiltak for å respondere på pasientens atferd. Likevel kunne det oppstå tilfeller der sykepleierne opplevde at de ikke var i stand til å forstå pasienten og situasjonen endte med tvang.

Han ble Så sint, at vi ikke klarte å... Vi klarte ikke å roe han med noe av det vi hadde prøvd, og jeg har fortalt mye av det som vi gjorde: Fysisk kontakt, vi hadde en-til-en, håndmassasje, vi smurte han på hele kroppen, vi prøvde musikk, vi pratet med han og prøvde å inøtekomme han på alle de prosjektene han hadde på gang. Jeg ville noe annet enn han, jeg skjønnte ikke han.

Opplevelsen av å ha skyld i pasientens negative opplevelse

Sykepleierne opplevde ofte at pasienten reagerte sterkt på tvangsbruk. Pasienten kunne gi uttrykk for sin opplevelse på flere ulike måter. For eksempel viste mange pasienter sterke fryktreaksjoner i stellsituasjoner og kjempet imot hjelpen fra sykepleierne. Pasientenes reksjoner kunne tyde på at de opplevde sykepleiernes handlinger som skremmende.

At hun sikkert opplevde å kanskje bli voldtatt, jeg vet ikke. Hun opplevde det så... så dramatisk.

I de fleste av situasjonene var personalet i flertall for å lette gjennomføringen av tvangen. Flertalligheten ble sett som nødvendig for å håndtere situasjonen. Noen sykepleiere så likevel denne overmakten som en urettferdig kamp der personalets fysiske maktposisjon ble en tydelig motsats til pasientens sårbarhet. Omsorgshandlingen kunne i en slik situasjon framstå som overgrep overfor pasienten.

Fordi jeg ser pasienten. Hvis det er mange... De blir mer opphisset. De opplever kanskje, pasienten, at det er 4 stykker som skal komme og ta meg.

Mange av sykepleierne opplevde pasientens uttrykte motstand som et personlig og profesjonelt nederlag. Selv om tiltaket skulle hjelpe pasi-

enten, kunne situasjonene oppleves som en belastning for sykepleierne på grunn av ubehaget med at de opplevde at de påførte pasienten angst eller fortvilelse. Mange sykepleiere opplevde at pasientenes motstandsreaksjon ga dem en følelse av skyld og faglig utilstrekkelighet.

Jeg har jo provosert det stakkars mennesket til å få oppleve at hun får denne opplevelsen. Det er jo jeg som har skylden! Hadde jeg latt være, så ville hun jo ikke fått katastrofereaksjoner. Men jeg kan ikke la være heller.

Opplevelsen av pasienten som tapt eller tildekket

Sykepleierne mente at hensikten med å benytte tvang som omsorgstiltak var å oppnå pasientens beste. Hva som egentlig var pasientens beste var imidlertid vanskelig å avgjøre i mange situasjoner og var i flere tilfeller kime til konflikt på avdelingen. Sykepleierne ulike beskrivelse av pasientens behov og hva som er pasientenes beste kan tolkes som et uttrykk for at sykepleierne tenkte ulikt om personen med demens.

Noen sykepleiere synes å oppleve at pasientens kognitive svikt innebar at den opprinnelige personen er gått *tapt*. Forsto personalet personen som tapt, kunne pasientens beste innebære å benytte rutiner og struktur som strategier for å skape trygghet og forutsigbarhet i hverdagen og å opprettholde fysisk funksjon ved at pasienten så velstelt ut. Tvang kunne da oppstå i situasjoner der sykepleierne ønsket å ivareta verdighet og beskytte pasientens respekt.

Mange av dem har jo mistet seg selv, et jeg. Da må jeg ikke påføre enda mer. At de mister det lille de har igjen. Respekten. At de ser ordentlig ut.

Andre sykepleier forsto personen som fortsatt til stede, men at demenssykdommen medførte en *tildekking* av personen. Denne tolkingen av pasientens kognitive svikt gjorde at sykepleieren søkte å bidra til at pasienten skulle oppleve psykisk velvære. Det innebar at sykepleierne var spesielt opptatt av pasientens følelsesmessige opplevelse når hun skulle gjennomføre omsorgstiltak:

Det er viktig for meg at pasienter er stelt... dusjet. Men meget viktig for meg er også at pasienter føler seg vel og ikke føler seg oversett, og at pasienter ikke har den følelsen at noen gjør ting mot viljen deres. Fordi de glemmer det som har skjedd om fem minutter, men følelsen sitter i kroppen! De husker at noe gikk feil, at noen gikk imot deres vilje, men de husker ikke hva det var. Men faktisk: dagen er ødelagt for den som blir presset, som blir tvunget.

Utsagnet kan forstås som en beskrivelse der pasienten ikke ble ansett som tapt, men som *tildekket* av demenssykdommen. Personens kognitive svikt gjør at det indre følelseslivet må vektlegges, og handlingsstrategien må tilpasses slik at pasienten samtidig får en god opplevelse av omsorgssituasjonen.

Opplevelsen sinne i omsorgssituasjonen

Tvang ble oftest utført ved å holde pasienten fast eller ved å føre pasienten til et sted han ikke ville til. Sykepleierne fortalte at pasientene ofte kunne bli aggressiv og voldelig i slike situasjoner.

Han spyttet, skalla meg og sparka meg, men vi må bare vaske han fordi... da ... hva skal jeg gjøre? Jeg tenkte på min oppgave: å gjøre best for ham.

I slike situasjoner valgte sykepleierne ofte å akseptere aggressiv atferd og til og med vold mot egen person.

Fysisk utagering var noen ganger årsak til at tvang ble benyttet. I andre tilfeller var vold imidlertid *resultatet* av tvangsbruken. Flere sykepleiere hadde erfart at også personer med kognitiv svikt har behov for å ha kontroll i dagliglivet. De forsto dermed pasientens aggresjon som en reaksjon på tvangsbruken. Tvangstiltaket kunne derfor sees som en direkte årsak til oppskalering av aggresjonen og voldsbruken i situasjonen.

Fordi når folk var veldig flinke og hjelper han på riktig måte, gikk det veldig greit, men når folk vil styre han, prøver å presse han og ja, gjøre ting som han ikke hadde lyst til egentlig, da var det ganske ille. Da var det vold. Da var det bruk av makt fra personalets sin side.

Noen sykepleiere hadde erfart at de selv eller kollegaer kunne bli sinte i tvangssituasjoner. Selv om flere beskrev aggresjon fra personalets side, ble ikke sinne ansett som en akseptabel følelse mot pasienter. Sinne mot pasienten gjorde at sykepleierne opplevde at situasjonen mistet noe av profesjonaliteten. Sykepleierne var klare på at disse personlige reaksjonene forstyrret de faglige vurderingene i tvangssituasjonen. Sinne i tvangssituasjoner ble forklart på ulike måter, men ble ofte relatert til en aggressiv atmosfære i tvangssituasjonen.

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

En annen sykepleier beskrev hvordan hun opplevde eget sinne mot en pasient i en tvangssituasjon:

Om jeg tenkte mye på det etterpå at det takla jeg veldig dårlig, det kunne jeg gjort på en annen måte. (...) Det er nesten det som er vondt. 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 sint, så jeg føler meg ikke trygg på at jeg gjør ting riktig.

Opplevelsen av trange rammer

Mange av sykepleierne opplevde at avdelingens rammer fikk betydning for tvangsbruk i hverdagen i form av opplevd arbeidspress og kompetansemangel.

Sykepleierne fortalte at de hadde ansvar for mange pasienter på samme tid. Noen fortalte at det kollektive pasientansvaret ga dem en opplevelse av tidsmangel i hverdagen som kunne påvirke atmosfæren i situasjonen og evnen til å gi individuell omsorg. Pasientenes motstand mot omsorgstiltak kunne skape tilleggsp oppgaver for sykepleierne og forsterke opplevelsen av travelhet i hverdagen.

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?

Mange sykepleiere fortalte om situasjoner der tilgjengelig kunnskap blant avdelingspersonalet hadde betydning for tvangsbruk. Alle ga uttrykk for at kunnskap om demens og gode erfaringer fra lignende situasjoner var viktig når det gjaldt å finne frivillige omsorgstiltak. Sykepleiere kunne imidlertid føle seg alene fordi det kunne være få ansatte med tilstrekkelig kunnskap om tiltak som kunne forebygge og erstatte tvangsbruk.

I og med at jeg er den eneste sykepleieren som er på avdelingen, så følte du litt at kunnskapsnivået var litt lavt.

Overordnet fortolkning: Kampen for pasientens beste

Den dobbelte betydningen av metaforen «*kampen for pasientens beste*» benyttes som en overordnet fortolkning av sykepleiernes opplevelse av tvang. På den ene siden kjempet de for å gjøre det beste for den enkelte pasient, for eksempel at de skulle se velstelte ut. På den andre siden kunne de oppleve selve tvangssituasjonen som en kamp mot pasienten, der for eksempel pasienten motsatte seg dusj. I dette spenningsfeltet strever sykepleieren med egne følelser samtidig som de skal innfri et faglig ideal om å gjøre det beste for pasientene med ressursene som er tilgjengelig. I dette dilemmaet venter de å gjennomføre handlinger som de mener er til pasientens beste.

Diskusjon

Betydningen av sykepleierens forståelse av pasientens situasjon og behov

Livsverdenperspektivet ble i denne studien benyttet for å få dypere innsikt i hverdagsfenomener ved å oppdage, forstå og beskrive sykepleierens meninger. Perspektivet tar utgangspunkt i at måten mennesker

forstår verden på, vil få betydning for hvordan de handler og samhandler med andre (17). Kampen for pasientens beste kan slik sett sees som en kollisjon mellom sykepleierens og pasientens livsverdener, hvor partene kan ha ulike forståelser av den daglige omsorgen.

Sykepleierne i denne studien beskrev en nær sammenheng mellom de ansattes tvangsbruk og pasientens aggresjon. Sykepleierens kunnskap om og forståelse av årsaken til pasientens aggresjon i dagliglivet kan få konsekvenser for hvordan de velger å iverksette tiltak (7, 8). Dersom aggresjon fra pasienten tolkes som et symptom på hjerneorganiske forandringer, er det ikke mulig å nå inn til pasienten. Det kan da framstå som logisk at sykepleieren møter pasientens motstand med tvangstiltak. Dersom sykepleiere derimot forstår pasientens aggresjon som en respons på å bli fratatt muligheten til å ha kontroll og selvbestemmelse, er det naturlig å strebe mot å unngå tvangsbruk. Dette minner om det som i litteraturen beskrives som at pasientene gjør motstand mot *måten* omsorgen utøves på, og ikke aktiviteten i seg selv (20, 21).

Omsorgstilnærmingen *personsentert omsorg* anerkjenner pasientperspektivet som sentralt for omsorgsutøvelsen og tar utgangspunkt i pasientens egen opplevelse av sin livsverden (22). Omsorgsmiljøets oppgave blir da å integrere kunnskap om pasientens livshistorie med den aktuelle situasjonen for å støtte opp under pasientens opplevelse av velvære. En hovedstrategi for å motvirke aggresjon i daglig demensomsorg kan være å ta utgangspunkt i å anerkjenne pasientens atferd som meningsfull, og som en respons på samspillet med sykepleieren (23). Vegrende atferd under stell kan ha en årsak i frykt og ubehag. Ved å basere sykepleietiltakene på pasientens respons og preferanser, settes fokuset på det menneskelige samspillet i relasjonen heller enn oppgaven som skal utføres. En slik tilnærming kan gi en forbedret personal- og pasientopplevelse ved vegringsatferd i dusjsituasjoner uten å endre hygienestandarden (24, 25). Pasientens motstand kan da være nyttig informasjon for sykepleieren for å forstå pasientens psykologiske behov på en bedre måte, og kan dermed føre til redusert aggresjon i omsorgshandlinger.

Demensomsorgen har ikke en ensartet forståelse av hvordan man forstår pasienten i hverdagen, og mangler et felles utgangspunkt når pasientens individuelle behov skal vurderes og balanseres mot hverandre. Hvordan pasienten forstås vil ha betydning for sentrale spørsmål som gjelder bruk av tvang i dagliglivet. Pasientrettighetsloven kapittel 4a krever en helhetlig vurdering av helsemessig gevinst. Helsehjelpen skal gis med «respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet» og loven poengterer at uttrykkelig motstand mot tiltaket kan gjøre helsehjelpen uforsvarlig (3). Om sykepleieren forstår personen som tapt eller tildekket kan da påvirke hvordan hun fortolker og vektlegger pasientens grad av motstand opp mot vurdering av behov og tiltakets nødvendighet for å oppnå pasientens beste.

Sykepleierens beskrivelser av pasientenes angst og fortvilelse i tvangssituasjoner kan tale imot en legitimering av tvang som omsorgstiltak, selv om formålet er å yte nødvendig helsehjelp. En utfordring for demensomsorgen blir da å øke kompetansen til omsorgspersonalet i å gjøre helhetlige vurderinger i tråd med lovbestemmelsens hensikt og finne alternative løsninger som ivaretar pasientens behov for omsorg i slike situasjoner.

Betydningen av sykepleierens opplevelse av skyld og ansvar.

Pasientrettighetsloven § 4a (2) gir juridisk tilgang til bruk av tvang når tillitskappende tiltak er prøvd ut, og tvangstiltak kan rasjonelt sett være nødvendig for å oppnå pleie- eller omsorgsmål. Mange av sykepleierne beskrev likevel at de opplevde skyldfølelse og utilstrekkelighet ved bruk av tvang. De anså bruk av tvang som siste utvei der andre tilgjengelige tiltak ikke hadde ført frem; bruk av tvang kunne sees som et bevis på deres utilstrekkelighet. Tvang kan også påføre sykepleierne en følelsesmessig byrde ved at pasientens sårbarhet tydelig kommer til syne i pleiesituasjoner og med flere ansatte tilstede. Sykepleierens beskrivelser av skyld og utilstrekkelighet kom særlig til uttrykk der pasientens reaksjoner mot tiltaket bar preg av at omsorgstiltaket ble misforstått som overgrep eller der sykepleierne erfarte at de selv ble sinte i omsorgshandlingen. Det kan sees som et paradoks at god demensomsorg fokuserer på det menneskelige samspillet i pasientrelasjonen (22), mens sykepleiere i demensomsorgen ofte må under-

kjenne egne følelsesmessige reaksjoner for å oppnå pasientens beste og for å kunne arbeide innenfor avdelingens rammer og ressurser.

Sykepleierne beskrev en opplevelse av stress i arbeidshverdagen ved å skulle forene enkeltpasienters omsorgsbehov med ansvaret for avdelingen som helhet. Opplevelse av travelhet syntes vanskelig å forene med tilstedeværelsen som er nødvendig for å nå og forstå pasienten i komplekse situasjoner. Litteraturen viser at det er en sammenheng mellom bruk av tvang og avdelingens størrelse (1, 26). Sykepleiefaglig ansvar for alle pasientene på store avdelinger kan forsterke opplevelsen av arbeidspress for sykepleierne. Store pasientgrupper kan også medføre mindre kjennskap til og kunnskap om hver enkelt pasient. Dette kan gi sykepleiere mindre spillerom for å forstå pasienten form for kommunikasjon og finne alternative løsninger. Personalets evne til å være tilstede fysisk, mentalt og moralsk kan påvirke det relasjonelle klimaet og dermed stimulere eller hindre pasientmedvirkning i hverdagslige aktiviteter i demensomsorgen (27). Selv om personalets arbeidssituasjon ikke regnes som grunnlag for å gi tvungen helsehjelp (2), så vil personalets opplevelse av arbeidspress og mestring indirekte kunne påvirke iverksettelsen av tvangstiltak. Det å oppnå frivillighet i samhandlingssituasjoner er slik sett ikke bare et spørsmål om pasientens evne til å ta i mot informasjon, men er også avhengig av personalets kunnskap, verdier og muligheter for fokusert tilstedeværelse.

Metodediskusjon

Resultatene i denne studien må sees i lys av flere metodiske utfordringer. For det første ble sykepleierne rekruttert på forespørsel fra institusjonsleder/ avdelingsleder. Det er derfor ikke kjent hvorvidt noen av forespurte takket nei til å delta, eller hva som i tilfelle karakteriserte opplevelsene til sykepleiere som ikke ble spurt om deltakelse eller som ikke ønsket å delta i intervjuene.

For å sikre dybde i intervjuene som deltok i undersøkelsen. Resultatene kan slik sett ikke generaliseres til demensomsorgen generelt. Undersøkelsen omfattet imidlertid et større geografisk område og sykepleierens beskrivelser var i stor grad sammenfallende. Resultatene kan derfor ha overføringsverdi på tross av et begrenset antall deltakere da det i fenomenologisk studier ikke først og fremst handler om antall deltaker men om dybden på samtalen i intervjusituasjonen (17, 18).

For å sikre dybde i intervjuene ble det lagt vekt på at deltakerne skulle få snakke om og reflektere fritt over egne opplevelse i forbindelse med bruk av tvang. Flere av deltakerne fortalte om hendelser som hadde preget dem sterkt. Det kan ikke vites om beskrivelsene ble valgt fordi de var typiske uttrykk for tvang i dagliglivet eller om de var atypiske opplevelse som sykepleierne trengte å bearbeide.

I analyseprosessen ble studiens funn søkt styrket ved at forskerne arbeidet for at intervjuteksten fikk «fremstå i sin annerledeshet» (19). Førsteforfatters personlige erfaringer fra demensomsorgen kan sees som både positive og negative bidrag til datasamlingen og analysen. Refleksjonsnotater fra planleggingsfasen og intervjuene ble derfor regelmessig konsultert for å bevisstgjøre førsteforfatterens bidrag under analysen. Andreforfatter, som ikke selv hadde erfaringer med bruk av tvang, bidro med kritiske spørsmål og refleksjoner både under planlegging av studien og i hele analyseprosessen.

Konklusjon

Sykepleiere opplevde bruk av tvang som en kamp for pasientens beste. Pasientens beste ble imidlertid opplevd som uavklart. Kampen inneholdt elementer av overgrep på grunn av pasientens reaksjoner, og førte til at sykepleierne opplevde både skyld, skam og sinne. Sykepleierens holdning og evne til å nå og forstå pasienten i hverdagen påvirket bruken av tvang.

Godkjent for publisering 22.09.2012.

May-Hilde Garden, RN, MNSc¹
Solveig Hauge, RN, MNSc, PhD²

1. Nasjonalforeningen for folkehelsen, Oscars gate 36 A, Postboks 7139 Majorstuen, NO – 0307 Oslo
2. Høgskolen i Telemark, Institutt for helsefag, Kjølnes ring 56, NO – 3918 Porsgrunn og Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn, Avdeling for sykepleievitenskap, Postboks 1130 Blindern, NO – 0318 Oslo

Korrespondanse til: maga@nasjonalforeningen.no

Referanseliste

1. Kirkevold Ø, Laake K, Engerdal K. Use of constraints and surveillance in Norwegian wards for the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2003;18:419-49
2. Helseledelse. Rundskriv om Lov om pasientrettigheter, kapittel 4A. Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Oslo 2008
3. Kirkevold Ø, Engerdal K. Prevalence of patients subjected to constraint in Norwegian nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2004;18:281-86
4. Evans D, Fitzgerald M. Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis. *International Journal of Nursing Studies* 2002;39:735-43
5. Karlsson S, Bucht G, Eriksson S, Sandman PO. Factors Relating to the use of Physical Restraints in Geriatric Care Settings. *JAGS* 2001;49:1722-1728
6. Gelkopf M, Roffe Z, Behrbalk P, Melamed Y, Werbluff N, Bleich A. Attitudes, opinions, behaviors and emotions of the nursing staff toward patient restraint. *Issues in Mental Health Nursing* 2009;30:758-63
7. Pellfolk TJE, Gustafson Y, Bucht G, Karlsson S. Effects of a restraint minimization program on staff knowledge, attitudes and practice: A cluster randomized trial. *Journal of American Geriatric Society* 2010;58:62-69
8. Testad I, Ballard C, Brønnick K, Aarsland D. The effect of staff training on agitation and use of restraint in nursing home residents with dementia: A single-blind, randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry* 2010;71(1):80-86
9. Mangoros-Frost S, Wells D. Psychiatric nurses thoughts and feelings about restraint use: a decision dilemma. *Journal of Advanced Nursing* 2000;31(2):362-9
10. Stubbs B, Leadbetter D, Paterson B, Yorston G, Knight C, Davis S. Physical Intervention: A review of the literature on its use, staff and patient views and the impact of training. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2009;16:99-105
11. Vuchovich, PK, Artinian, BM. Justifying coercion. *Nursing Ethics* 2005;12(4):370-80
12. Olofsson B, Gilje F, Jacobsson L, Norberg A. Nurses narratives about using coercion in psychiatric care. *Journal of Advanced Nursing* 1998;28(1):45-53
13. Janelli LM, Stamps D og Delles L. Physical Restraint Use: A Nursing Perspective. *Medsurg Nursing* 2006;15(3):163-7
14. Lind M, Kaltiala-Heino R, Suominen T, Leino-Kilpi H, Välmäki M. Nurses ethical perceptions about coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2004;11:379-85
15. Chuang YH., Huang HT. Nurses feelings about using physical restraints on hospitalized older patients. *Journal of Clinical Nursing* 2007;16:486-94
16. Edberg AK, Bird, M, Richards DA, Woods R, Keeley P, Davies-Quarrel V. Strain in nursing care of people with dementia: Nurses experience in Australis, Sweden and United Kingdom. *Aging & Mental Health* 2008;12(2):236-243
17. Dahlberg K, Dahlberg H, Nyström M. *Reflective Lifeworld Research*. 2nd ed. Lund: Studentlitteratur; 2008
18. Kvale S, Brinkman S. *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2009
19. Gadamer HG. *Sannhet og Metode. Grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo: Pax Forlag; 2010
20. Skovdahl K, Kihlgren AL, Kihlgren M. Different attitudes when handling aggressive behaviour in dementia – narratives from two caregiver groups. *Aging and Mental Health* 2003;7(4):277-86
21. Hem MH, Gjerberg E, Pedersen R og Førde R. Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang. *Sykepleien Forskning* 2010;4(5):294-301
22. Kitwood T. *En revurdering af demens – personen kommer i første rekke*. Dafolo Forlag 1999
23. Finfgeld-Connett D. Management of aggression among demented or brain injured patients. *Clinical Nursing Research* 2009;18(3):272-287
24. Raisin J, Barrick AL. Bathing patients with dementia. *The American Journal of Nursing* 2004;104(3):30-33
25. Hoefler B, Talerico KA, Rasin J, Mitchell CM, Steward BJ, McKenzie D, Barrick AL, Rader J, Sloane PH. Assisting cognitive impaired nursing home residents with bathing: Effects of two bathing interventions on caregiving. *The Gerontologist* 2006 46(4):524-32
26. Kada S, Nygaard HA, Mukesh BN, Geitung JT. Staff attitudes towards institutionalised dementia residents. *Journal of Clinical Nursing* 2009;18:2383-92
27. Helgesen AK, Larsson M, Athlin E. «Patient participation» in everyday activities in special care units for persons with dementia in Norwegian nursing homes. *International Journal of Older People Nursing* 2010;169-78
28. World Medical Association Declaration of Helsinki (1964). *Ethical Principles for Medical research Involving Human Subjects*.