

Hilde Engedal

Avdelingsledelse på sykehjem – en balansekunst

«Hvilke erfaringer har avdelingsledere på sykehjem gjort seg i arbeidet med å forbygge bruk av tvang overfor eldre mennesker med demens?»

Antall ord: 24 816

Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for sykepleie- og helsevitenskap
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2021 Hilde Engedal

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Hensikt	Studiens hensikt er å undersøke avdelingsledere på sykehjem sine erfaringer med forebygging av bruk av tvang.
Problemstilling	<i>«Hvilke erfaringer har avdelingsledere på sykehjem gjort seg i arbeidet med å forbygge bruk av tvang overfor eldre mennesker med demens?»</i>
Metode	Det er benyttet kvalitativ metode med semistrukturerte intervjuer. Utvalget bestod av 4 informanter som var avdelingsledere på sykehjem. Analysen er gjort ved å benytte systematisk tekstkondensering (Malterud, 2018).
Resultater	Følgende 3 hovedpunkter kom frem; «Hvor går grensen?», «Å stå mellom barken og veden i et komplekst fagfelt» og «Det handler om å finne gullpersonene».
Diskusjon	Resultatene fra studien diskuteres i lys av det teoretiske rammeverket. De etiske dilemmaene som ble nevnt i intervjuene er tatt opp i diskusjonen, og drøftes sammen med teorien som er valgt for å belyse problemstillingen og forskningsspørsmålene.
Relevans for praksis:	Det er gjort lite forskning på avdelingslederens erfaringer med forebygging av tvang. Denne studien vil derfor kunne gi et lite bidrag inn for å fylle dette kunnskapshullet og inspirere til videre forskning.
Søkeord:	Demens, tvang, avdelingsleder, sykehjem, etikk, omsorg.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	2
INNHOLDSFORTEGNELSE	3
FORORD	6
1 INNLEDNING	7
1.1 DEMENSSYKDOM I ET INTERNASJONALT PERSPEKTIV	9
1.2 DEMENSSYKDOM I NORGE	9
1.3 NASJONALE FØRINGER	11
1.3.1 Lovverk og forskrifter	11
1.3.2 Politiske føringer	14
1.3.3 Faglige føringer	14
1.4 PROBLEMSTILLING	16
1.4.1 Forskningsspørsmål	16
1.5 AVGRENSNINGER OG BEGREPSAVKLARINGER	16
2 BAKGRUNN	17
2.1 TIDLIGERE FORSKNING	17
2.2 SYKEPLEIEFAGLIG REFERANSERAMME	22
2.2.1 Kari Martinsens omsorgsteori	22
2.2.2 Paternalisme vs. unnlåtelsesynder	24
3 MENNESKET MED DEMENSSYKDOM	27
3.1 PREVALENS OG DIAGNOSTISKE KRITERIER	27
3.2 KOGNITIVE SYMPTOMER VED DEMENSSYKDOM	28
3.2.1 Hukommelse og læringsevne	28
3.2.2 Oppmerksomhet	28
3.2.3 Orienteringsevne	29
3.2.4 Handlingssvikt	29
3.2.5 Intellekt	29
3.3 ATFERDSSYMTOMER OG PSYKISKE SYMPTOMER VED DEMENSSYKDOM (APSD)	31
3.3.1 Hvorfor oppstår APSD?	31
3.4 HVORDAN OPPLEVES DET Å HA EN DEMENSSYKDOM?	33
4 METODE	35
4.1 VITENSKAPSTEORETISK FORANKRING	36
4.1.1 Min forforståelse som forsker	37
4.2 KVALITATIV METODE	40
4.2.1 Kvalitativt forskningsintervju	40

4.2.2	<i>Gjennomføring av intervjuene</i>	43
4.2.3	<i>Transkribering</i>	44
4.3	ANALYSE OG SYSTEMATISK TEKSTKONDENSERING	45
4.3.1	<i>Trinn 1</i>	47
4.3.2	<i>Trinn 2</i>	48
4.3.3	<i>Trinn 3</i>	50
4.3.4	<i>Trinn 4</i>	53
4.4	FORSKNINGSETISKE VURDERINGER	54
4.4.1	<i>Informert samtykke</i>	55
4.4.2	<i>Databehandling</i>	55
4.4.3	<i>Troverdighet</i>	56
4.4.4	<i>Gyldighet og overførbarhet</i>	57
5	RESULTATER	60
5.1	FRIVILLIGHET ELLER TVANG – EN BALANSEKUNST	60
5.2	Å STÅ MELLOM BARKEN OG VEDEN I ET KOMPLEKST FAGFELT	62
5.3	DET HANDLER OM Å FINNE «GULLPERSONENE»	64
6	DISKUSJON	66
6.1	FRIVILLIGHET ELLER TVANG – EN BALANSEKUNST	66
6.1.1	<i>Å få hjelp til å ivareta personlig hygiene</i>	67
6.1.2	<i>Å motsette seg å ta medisiner</i>	72
6.1.3	<i>Utdanningsnivå</i>	74
6.1.4	<i>Personlig egnethet</i>	76
6.1.5	<i>Er kravet om forsvarlighet i omsorgen ivaretatt gjennom intern opplæring?</i>	77
6.2	Å STÅ MELLOM BARKEN OG VEDEN I ET KOMPLEKST FAGFELT	80
6.2.1	<i>Kompetanse</i>	80
6.2.2	<i>Rollen som avdelingsleder</i>	85
7	AVSLUTTENDE TANKER RUNDT METODE	90
8	AVSLUTNING	91
	LITTERATURLISTE	93
9	VEDLEGG	99
9.1	VEDLEGG 1: SØKNAD TIL NSD	99
9.2	VEDLEGG 2: GODKJENNING FRA NSD	104
9.3	VEDLEGG 3: INFORMASJONSSKRIV	108
9.4	VEDLEGG 4: FORMELL HENVENDELSE TIL POTENSIELLE INFORMANTER	112
9.5	VEDLEGG 5: SVAR FRA VIRKSOMHETSLEDER/ INSTITUSJONSSJEF	113
9.6	VEDLEGG 6: INTERVJUGUIDE	115

Forord

Året 2020-2021 har vært et annerledes år. Covid-19 pandemien har påvirket hele verdenssamfunnet på utallige måter, og det har vært krevende å være mastergradsstudent under en global pandemi. Både jobb- og studiehverdag har blitt flyttet til hjemmekontor, og det har vært utfordrende å ha et studentkollegiale på avstand. Det å rekruttere informanter til studien midt i en pandemi var utfordrende fordi hele helsetjenesten har vært under et stort press. Det å være deltaker i en studie ble sannsynligvis ikke prioritert like høyt som i en normal arbeidshverdag. Smittevern hensyn gjorde at intervjuene ble gjennomført digitalt med lyd og bilde, og ikke ved personlige møter slik jeg ønsket.

Jeg har et stort engasjement for personer med demens og forebygging av bruk av tvang. Dette engasjementet har vært i meg siden videregående skole, og da jeg skrev bacheloroppgave i sykepleie omhandlet den hvordan sykepleier kan forebygge bruk av tvang overfor personer med demens på sykehjem. Denne mastergradsoppgaven har blitt til gjennom mitt engasjement for personer med demenssykdom.

Det har vært en krevende, morsom, lærerik og spennende prosess å ferdigstille mastergradsoppgaven. De digitale møtene med avdelingslederne som åpent og ærlig delte av sine erfaringer har gjort denne studien mulig å gjennomføre. En stor takk til dere som stilte opp.

Min veileder Truls Juritzen har vært lett tilgjengelig for faglige refleksjoner og praktiske spørsmål gjennom hele prosessen fra prosjektbeskrivelse til ferdig masteroppgave. Du har vært en god støtte når jeg har trengt det, og du har utfordret meg når det har vært nødvendig. Jeg setter stor pris på, og takker deg for, veiledningen og dine innspill i denne prosessen.

Til slutt vil jeg takke mine foreldre som har gitt meg støtte og hjelp i alt fra pass av hunden min Molly og hjelp til praktiske ting, til faglige samtaler, refleksjoner og diskusjoner som har vært viktig for å kunne gjøre mastergradsoppgaven ferdig.

Oslo, 15.06.2021

Hilde Engedal

1 Innledning

Dette er en mastergradsoppgave i «Master i klinisk helsearbeid» med fordypning i geriatrik helsearbeid ved Universitetet i Sørøst-Norge.

Eldre mennesker med demenssykdom som bor på sykehjem er en sårbar gruppe. Utvikling av demenssykdom fører til en rekke kognitive, atferdsmessige og psykiske symptomer, og i samhandlingen med mennesker med demenssykdom kan det oppstå mange faglige og etiske dilemma. Deriblant pasientens mulighet og ressurser til autonomi og samtykkekompetanse, og hvilket handlingsrom helsepersonell har når det vurderes slik at det pasientens ønsker ikke nødvendigvis er til pasientens beste (Wyller, 2020; Engedal & Haugen, 2018).

Hovedregelen i det norske loverket er at pasienten selv skal samtykke til helsehjelpen som mottas (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-1). Samtidig åpnes det for bruk av tvang blant annet overfor pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, kapittel 4A).

Her settes det krav til konsekvensene av å unnlate å gi helsehjelpen, at helsehjelpen anses nødvendig og at tiltakene som iverksettes står i forhold til behovet for helsehjelp. Før vedtak fattes skal tiltaket anses å være den klart beste løsningen for pasienten etter en helhetsvurdering av situasjonen. Tillitsskapende tiltak skal være forsøkt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4A-1, §4A-3).

I 2017 var det registrert 3185 tilfeller av bruk av tvang i Norske kommuner. 1235 av dem gjaldt tvungen helsehjelp etter kapittel 4A i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Omtrent halvparten av norske kommuner rapporterte bruk av tvang i 2017 (Otnes, 2018, s. 11). De resterende kommunene har ikke rapportert bruk av tvang.

Temarapporten «Menneskerettigheter i norske sykehjem» (Norsk senter for menneskerettigheter, 2014) og forskning på feltet (Garden og Hauge, 2012; Gjerberg et al, 2013; Lejman et al, 2013; Myhre et al, 2020) viser at mennesker med demenssykdom på sykehjem utsettes for tvang.

Tvungen helsehjelp skjer også uten at vilkårene i kapittel 4A er oppfylt, og/eller uten at det fattes vedtak om tvungen helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven (1999).

Hva er grunnen til at dette skjer? Hvordan kan det forebygges at mennesker med demenssykdom på sykehjem blir utsatt for tvang uavhengig av om den er lovhjemlet eller ikke? Hvilke faglige og etiske dilemma trer frem i grensegangen mellom hva som er nødvendig helsehjelp og hva som ikke er det? Hvilke erfaringer har avdelingsledere på norske sykehjem gjort seg i arbeidet med å forebygge bruk av tvang overfor mennesker med demens? Det er disse temaene som undersøkes i denne studien.

1.1 Demenssykdom i et internasjonalt perspektiv

I 2020 var det 7,8 milliarder mennesker i verden og 9,3 % av verdens befolkning var over 65 år (United Nations Population Fund, 2020). Det anslås at det på verdensbasis er omtrent 50 millioner mennesker som har demenssykdom. Årlig oppdages rundt 10 millioner nye sykdomstilfeller. I år 2030 anslås det at det på verdensbasis vil være omtrent 82 millioner mennesker som har en demenssykdom, og i år 2050 anslås prevalensen å være rundt 152 millioner sykdomstilfeller. 60% av menneskene med demenssykdom på verdensbasis bor i lav- eller middelinntektsland (Verdens helseorganisasjon, 2020). På verdensbasis koster helse- og omsorgshjelp til mennesker med demenssykdom 818 milliarder amerikanske dollar årlig – tilsvarende i overkant av 7000 milliarder norske kroner (Verdens helseorganisasjon, 2020).

1.2 Demenssykdom i Norge

I Norge var det per tredje kvartal 2020 et innbyggertall på i overkant av 5,3 millioner mennesker (Statistisk sentralbyrå, 2020a). Det var i overkant av 800 000 personer over 66 år. Gruppen av de som vil være fremtidens eldre (i dag 45-66 år) var på i overkant av 1,5 millioner personer (Statistisk sentralbyrå, 2020b).

I Norge er det minst 100 000 mennesker som lever med en demenssykdom. Mange lever lenge med demenssykdommen før de blir diagnostisert, og det antas at mørketallene kan være høye (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Nasjonalt koster demensomsorgen omtrent 28 milliarder kroner årlig (Helsedirektoratet, 2019).

Prevalens av demenssykdommer etter aldersgrupper i Norge (Folkehelseinstituttet, 2018);

Aldersgruppe (år)	Prevalens av demenssykdom i prosent
60-64	1,6%
65-69	2,6%
70-74	4,3%
75-79	7,4%
80-84	12,9%
85-89	21,7%
>90	43,1%

Tallene i tabellen viser at prevalensen av demenssykdom øker med økende alder. Ifølge data fra Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR), Norsk pasientregister (NPR) og IPLOS er det omtrent 45 000 mennesker i Norge som har en registrert demensdiagnose (Helsedirektoratet, 2019). Tall fra Helse- og omsorgsdepartementet (2020) anslår at minst 100 000 har demenssykdom i Norge. Det vil si at mindre enn halvparten av menneskene med demenssykdom faktisk har en registrert demensdiagnose.

Demografiske endringer vil kunne føre til en fordobling av prevalensen av demenssykdom nasjonalt frem til år 2040. Grunnet antagelsen om at mørketallene kan være store kan det være vanskelig å beregne og planlegge omfanget av fremtidens behov av helse- og omsorgstjenester hos mennesker med demenssykdom. Det er nærliggende å anta at dette behovet vil øke i stor grad. Dette setter store krav til det norske helsevesen på ulike måter; blant annet helsevesenets kapasitet, samarbeid på tvers av tjenestenivå og ikke minst kompetanse. Bygningsmessige forhold med utforming av tilrettelagte botilbud blir også viktig. Samspill og samarbeid med frivillige aktører har en sentral rolle, likeså samarbeid med pårørende (Helsedirektoratet, 2019).

Selv om det antas at mørketallene når det gjelder prevalens av demenssykdom i befolkningen generelt kan være høye, er det gode estimater for prevalens av demenssykdom i sykehjemspopulasjonen. Blant de som har langtids plass i sykehjem er prevalensen i overkant av 80 % (Helsedirektoratet, 2019).

1.3 Nasjonale føringer

I Norge reguleres helse- og omsorgshjelp til mennesker med demenssykdom av en rekke juridiske, politiske og faglige reguleringer. De mest sentrale reguleringene for oppgavens problemstilling vil presenteres videre. Først presenteres det mest aktuelle lovverket og forskriftene, deretter de mest relevante politiske føringene og til slutt nasjonal faglig retningslinje.

1.3.1 Lovverk og forskrifter

Formålet med *Pasient- og brukerrettighetsloven (1999)* er blant annet å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten (§1-1). Helsehjelp skal i utgangspunktet bare gis etter pasientens samtykke (§4-1). Det finnes imidlertid unntak fra hovedregelen. Ett av unntakene er helsehjelp til pasienter over 16 år uten samtykkekompetanse der pasienten motsetter seg helsehjelpen (kapittel 4A). Virkeområdet til kapittel 4A er de situasjonene som ikke er så akutte at de faller inn under virkeområdet til §7 i Helsepersonelloven (1999) som omhandler helsehjelp i akutsituasjoner der helsehjelpen anses «påtrengende nødvendig».

Det er helsepersonellet som er ansvarlig for helsehjelpen som fattes vedtak etter kapittel 4A, og vedtak kan fattes for inntil 1 år av gangen. Ansvarlig for helsehjelpen kan eksempelvis være behandlende lege, avdelingsleder eller sykepleier. Dersom helsehjelpen ses på som et alvorlig inngrep for pasienten skal den ansvarlige for helsehjelpen fatte vedtaket etter samråd med annet kvalifisert helsepersonell. Innleggelse og/eller tilbakeholdelse i helseinstitusjon, bevegelsehindrende tiltak, bruk av reseptbelagte legemidler og inngrep i kroppen regnes som alvorlig inngripen. Det skal tas hensyn til pasientens grad av motstand til helsehjelpen i vurderingen av om den er et alvorlig inngrep (§4A-5).

Formålet med reglene i kapittel 4A er å «*yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt å forebygge og begrense bruk av tvang*» (§4A-1). Helsehjelpen som ytes etter reglene i kapittel 4A skal tilrettelegges slik at den viser respekt for pasientens integritet, og den skal så langt som mulig ivareta pasientens selvbestemmelsesrett etter §4. Før det ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg er hovedregelen at det skal forsøkes tillitsskapende tiltak. Unntaket er om det er åpenbart formålsløst å forsøke dette.

Dersom pasienten opprettholder sin motstand til tross for at tillitsskapende tiltak er forsøkt skal det vurderes å treffe vedtak om tvungen helsehjelp der helsehjelpen kan gjennomføres med tvang eller tiltak for å omgå motstand (§4A-4). Vurderingen tar utgangspunkt i tre vilkår (§4A-3);

1. Unnlatelse av å gi helsehjelpen kan medføre vesentlig helseskade

Her stilles det krav til konsekvensene av å unnlate å gi helsehjelpen. Det er viktig å bemerke at dette vilkåret ikke inkluderer fare for skade på andre personer enn pasienten. Vesentlig helseskade inkluderer både fysisk og psykisk skade. Vesentlig helseskade betyr at skaden må ha alvorlige konsekvenser eller ha et betydelig omfang (Helsedirektoratet, 2018).

2. Helsehjelpen vurderes å være nødvendig

Hva som er nødvendig helsehjelp vurderes konkret etter en faglig vurdering av pasientens behov for helsehjelp. Helsehjelpen kan anses nødvendig dersom den vurderes å kunne hindre en vesentlig forverring av en kronisk tilstand (Helsedirektoratet, 2018).

3. Tiltakene som vurderes iverksatt står i forhold til behovet for helsehjelpen.

Dette vilkåret krever en forholdsmessighetsvurdering av behovet pasienten har for helsehjelpen og tvangstiltaket som vurderes iverksatt. Tvangstiltaket som vurderes iverksatt skal fremstå klart mer positivt enn de negative konsekvensene for pasienten ved bruk av tvang. Dette gjelder også selv om det vurderes at unnlatelse av å gi helsehjelp med tvang medfører fare for vesentlig helseskade for pasienten. Først når det er vurdert at tvangstiltaket fremstår klart mer positivt enn negativt for pasienten kan forholdsmessighetskravet anses som oppfylt (Helsedirektoratet, 2018).

Selv om vilkårene anses oppfylt, skal helsehjelpen allikevel bare ytes dersom det fremstår som *den klart beste løsningen* for pasienten etter en helhetsvurdering (§4A-3). Utgangspunktet i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) er at pasienten skal samtykke til helsehjelpen. Terskelen for å fravike utgangspunktet må ligge høyt, og det må ligge sterke begrunnelser bak å fravike pasientens eget ønske. Helhetsvurderingen legger på den ene siden vekt på pasientens subjektive opplevelse. På den andre siden skal pasientens objektive behov for helsehjelp vektlegges. Pasientens tilstand kan føre til at pasienten ikke forstår konsekvensene av å ikke motta helsehjelpen. Samtidig kan det også

tenkes at pasienten kan ha rimelige motforestillinger mot visse typer helsehjelp, og også hadde det før sykdomsdebut. Dette kan for eksempel gjelde at pasienten hele livet har hatt motforestillinger mot å innta visse typer legemidler (Helsedirektoratet, 2018).

I helhetsvurderingen ligger en vurdering av hvilken mostand pasienten viser mot helsehjelpen. Kjennskap til pasienten spiller en vesentlig rolle her. Spesielt gjelder det i de tilfeller der pasienten av ulike grunner ikke kan uttrykke sin motstand verbalt eller fysisk (Helsedirektoratet, 2018).

En sentral vurdering, særlig i arbeidet med personer med demenssykdom, er om pasienten i nær fremtid kan gjenvinne sin samtykkekompetanse. Et menneske med demenssykdom sin evne til samtykkekompetanse kan variere i løpet av en dag, og det skal vurderes om helsehjelpen kan gis frivillig på et senere tidspunkt uten at det oppstår fare for vesentlig helseskade i mellomtiden (Helsedirektoratet, 2018).

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016) skal bidra til at tjenestene som ytes er faglig forsvarlige. Virksomheten som utfører helse- og omsorgstjenester, skal ha et styringssystem som systematisk sikrer at arbeidsoppgaver blir utført og forbedret i tråd med gjeldende lover og forskrifter. I dette ligger plikt til å planlegge (§6), til å gjennomføre (§7), til å evaluere (§8) og til å korrigere (§9). Plikten til å planlegge innebærer (§6) blant annet å planlegge hvordan relevant regelverk skal gjøres kjent i virksomheten og å ha oversikt over medarbeidernes kompetanse og opplæringsbehov.

Videre har virksomheten plikt til å gjennomføre (§7). Virksomheten skal blant annet sikre at medarbeiderne innehar nødvendig kompetanse, herunder kunnskap, om aktuelt fagfelt og lovverk. Virksomheten skal sørge for at nødvendige prosedyrer og rutiner for å forebygge overtredelser av helse- og omsorgslovgivningen utvikles og iverksettes.

Formålet med *Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003)* er å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester får ivare tatt sine grunnleggende behov. De grunnleggende behovene skal ivaretas med fokus på personens egenverd, livsførsel og autonomi. Kommunen skal ha skriftlige prosedyrer der det kommer frem at virksomheten arbeider med å sikre kvalitet, helhet, kontinuitet og brukermedvirkning i sine tjenester.

Verdighetsgarantien (2010) har til formål å sikre verdighet, trygghet og mening i alderdommen. Eldreomsorgen skal tilrettelegges individuelt slik at det bidrar til å nå disse målene. Tilbudet pasienten får skal tilrettelegges i forhold til den enkeltes autonomi, egenverd og livsførsel, og pasientens medisinske behov skal ivaretas. Det stiller krav til tjenestens innhold (§3). Pasienten skal blant annet tilbys et mest mulig normalt liv (§3c) og en faglig forsvarlig oppfølging (§3g).

1.3.2 Politiske føringer

En særlig sentral politisk føring for demensomsorgen i Norge er «*Demensplan 2025*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Demensplan 2025 er den tredje handlingsplanen for demens i Norge, etter Demensplan 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007) og Demensplan 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Planens hovedmål er å bidra til å skape et mer demensvennlig Norge. Et delmål er at utredning, behandling og oppfølging skjer til riktig tid, samt at det trengs mer kunnskap om forebygging og behandling av demenssykdommer.

«*Leve hele livet*» (Meld. St. 15 (2017-2018)) er en kvalitetsreform for eldre i Norge. Denne reformen favner alle eldre over 65 år, både hjemmeboende og de som bor i institusjon. Reformen bygger på en rekke stortingsmeldinger, strategier og planer. Målet er at reformen på overordnet nivå skal bidra til at helsepersonell får brukt kompetansen sin og trives i jobben, at pårørende til personer med demens ikke blir utslitt og flere gode leveår for personen med demenssykdom.

1.3.3 Faglige føringer

Helsedirektoratet har utarbeidet en nasjonal faglig retningslinje for demens (2017). I retningslinjen vises det til krav og anbefalinger til ulike deler av demensomsorgen. Anbefalingene som vurderes å være mest relevant for oppgavens problemstilling presenteres videre.

1.3.3.1 Kompetanse

En av anbefalingene i retningslinjen er at «*virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester til personer med demens skal ha et system for opplæring, videreutdanning og etterutdanning av ansatte*» (s. 12). Det stilles krav om at *alle medarbeidere* skal ha relevant kompetanse og nødvendig

kunnskap for å utføre arbeidet på en faglig forsvarlig måte. Dette underbygger det som *Helse- og omsorgstjenesteloven* (2011), kapittel 8, og *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (2016) fastslår at kommunen har plikt til å sørge for.

Retningslinjen fastslår at kompetanse om demens blant annet omhandler kunnskap om demenssykdommer, personsentrert omsorg, kommunikasjon, lindrende behandling, miljørettede tiltak, kunnskap om etikk og lovhjemler for bruk av tvang, samt varsling om vold og overgrep (Helsedirektoratet, 2017).

1.3.3.2 Personsentrert omsorg

Helsedirektoratet (2017) anbefaler at virksomheten har rutiner for personsentrert omsorg til personer med demenssykdom. Dette innebærer at virksomheten har rutiner for hvordan det skal sørges for at alle ansatte får opplæring og utvikler kompetanse innenfor personsentrert omsorg, at virksomheten evaluerer tjenestene og forbedrer kvaliteten og at ledelsen er tydelig og støttende overfor de ansatte i utøvelsen av den personsentrerte omsorgen.

For å kunne gi personsentrert omsorg må virksomheten ha en organisasjonsstruktur der det er mulighet for kommunikasjon med pasienten og pårørende. Ledelsen må selv ha kunnskap om hva personsentrert omsorg er og formidle dette gjennom prioriteringer og vurderinger. Personalet må inneha den nødvendige kompetansen for å gi personsentrert omsorg, i dette ligger at personalet har kompetanse på kommunikasjon og relasjon samt har engasjement for arbeidet sitt. Det er virksomhetsleder som har ansvar for at alle ansatte har opplæring og videreutdanning som er nødvendig (Helsedirektoratet, 2017).

1.4 Problemstilling

I denne studien ønsker jeg å undersøke fagfeltet mennesker med demens og bruk av tvang fra et *avdelingslederperspektiv* nærmere. Det er formulert følgende problemstilling;

«Hvilke erfaringer har avdelingsledere på sykehjem gjort seg i arbeidet med å forbygge bruk av tvang overfor eldre mennesker med demens?»

1.4.1 Forskningsspørsmål

Det er utarbeidet noen forskningsspørsmål som utdyper oppgavens problemstilling.

- Hvilke utfordringer/dilemma står avdelingsleder overfor knyttet til bruk av tvang overfor mennesker med demens?
- Hvilke rammefaktorer mener avdelingsleder kan bidra til å forebygge bruk av tvang overfor mennesker med demens?
- Hvilke tverrfaglige samarbeidspartnere har leder i det forebyggende arbeidet?
- Hvilken betydning mener avdelingsleder at lovverket har knyttet til å forebygge bruk av tvang overfor mennesker med demens?

-

1.5 Avgrensninger og begrepsavklaringer

I denne mastergradsoppgaven er «pasienten» en person med demens som har langtidsplass på sykehjem. Pasienten er over 65 år.

I oppgaven brukes begrepene pasient, person med demens(sykdom) og menneske med demens(sykdom) om hverandre slik det faller seg naturlig i en sammenhengende tekst.

I denne oppgaven benyttes følgende definisjon av begrepet «tvang»;

«Tvang er i helse- og omsorgstjenesten er å gjøre tiltak som brukeren eller pasienten motsetter seg, eller tiltak som så inngripende at en person normalt ville ha motsatt seg det» (Ursin, 2020).

2 Bakgrunn

I dette kapittelet presenteres kunnskap om tema fra tidligere studier. Litteratursøkene som er utført vil beskrives først. Deretter presenteres den forskningen som vurderes som mest relevant for å belyse studiens problemstilling. Videre presenteres den teoretiske referanserammen for oppgaven.

2.1 Tidligere forskning

Litteratursøkene ble gjort i ulike databaser, som Oria, Cinahl, SweMed+ og Medline. Søkord som «first line nurse manager», «nurse manager», «nursing management», “nurs*”, “dementia”, «elderly», “ethics”, “coercion”, “restraint” ble benyttet i ulike kombinasjoner. Litteratursøkene som ble gjennomført viser at det er lite tidligere forskning på *avdelingslederes erfaringer* med å forebygge bruk av tvang overfor eldre personer med demenssykdom på sykehjem. De mest relevante studiene for denne mastergradsoppgaven presenteres videre.

I studien til Myhre et al (2020) «*Elder abuse and neglect: an overlooked patient safety issue. A focus group study of nursing home leaders' perceptions of elder abuse and neglect*» belyses avdelingslederes erfaringer med mishandling og omsorgssvikt hos pasienter på sykehjem. Forskerne skriver at avdelingsledere har en nøkkelrolle for å skape forståelse blant de ansatte for pasientenes behov, og hvordan integritet, verdighet og kvalitet sammen skal skape en sikkerhetskultur på arbeidsplassen. Det er særlig vold fra helsepersonell mot pasienter som er interessant med studien; noe som av forskerne blir beskrevet som «en utenkelig begivenhet». Det kommer frem at avdelingsledere som deltok i studien brukte unnskyldninger og bortforklaringer på hendelser som for eksempel forvoldte pasienter smerter. Både demenssykdom i seg selv; at pasienten ikke har god nok innsikt i sin egen situasjon, og at atferden er ansett å være «normal», ble brukt som argumenter for at praksisen ble akseptert fra avdelingslederne.

Studien «*Ethical problems in nursing management: The views of nurse managers*» (Aitamaa et al, 2016) hadde som hensikt å identifisere og beskrive de etiske problemene sykepleierledere møter i sitt daglige arbeid. Videre var målet å få en detaljert og fullstendig oversikt over disse problemene.

Funnene i studien er delt inn i fire hovedkategorier; konflikter i praktiske situasjoner, manglende forståelse, tilsidesettelse av problemer og opplevd utilstrekkelighet. Problemområdene ble delt opp i pasientrelaterte, personalrelaterte, organisasjonsrelaterte og andre problemer.

Innenfor de pasientrelaterte problemene er uenigheter om pasientomsorgen fremtredende. I problemet «manglende forståelse» er mangelen på paternalistisk kulturforståelse med autonomi, selvbestemmelse og retten til god omsorg fremtredende. Når noen ansatte anser det som nødvendig og benytter tvang og makt i omsorgen, medfører det ofte diskusjoner og uenighet i personalgruppen. Makt og tvang benyttes når pasienter motsetter seg helsehjelpen som tilbys.

Innenfor kategorien tilsidesettelse av problemer fremkom det at rutiner og pasientsentrert omsorg ikke alltid sto i fokus. Videre viser resultatene at ansatte ikke tok til seg det leder ga beskjed om vedrørende personsentrert omsorg. Den opplevde utilstrekkeligheten blant ansatte kom til uttrykk som at de ikke hadde tilstrekkelig tid til å gi alle pasienter den omsorgen de burde få. En prioritering av pasientomsorgen var vanskelig da både makt og omstendigheter opplevdes begrensende.

«*The ethics of coercive treatment of people with dementia*» (Lejman et al, 2013) er en studie hvor hensikten er å beskrive hvordan sykepleiere på sykehjem sørger for rettssikkerhet, god og trygg pleie og opprettholder verdigheten til sykehjemsbeboere med alvorlig demens uten å bryte beboernes integritet. Studien tar i hovedsak opp fallforebyggende tiltak, men er interessant fordi den også tar opp bruk av tvang i stellesituasjoner.

Det beskrives tre strategier for om tvang benyttes. Den første strategien var å bruke tvang i god tro og med god hensikt. Den andre var å bruke tvang i gitte situasjoner hvor sykepleiere anså det som nødvendig. I begge strategiene var sykepleierne klar over de juridiske kravene med informert samtykke og at bruk av tvang kan gi store konsekvenser for den det gjelder. Det var alltid pasientens preferanser som la grunnlaget for de vurderinger som ble gjort når tvang ble ansett å være nødvendig.

Sykepleierne nevnte aldri som en mulighet å innhente samtykke fra beboerne i tvangsbehandlingen, men sykepleier tok seg tid til å forklare for pasienten at tvang var nødvendig.

Avgjørende for valg av strategi var sykepleiernes kunnskap om lovverket, gerontologisk sykepleie og bemanning. En annen viktig forskjell i valg av strategi ble satt i sammenheng med utdanningsnivå og/eller tilstrekkelig bemanning.

Den siste strategien for å forebygge bruk av tvang innebar å ha en fullstendig historikk på pasientens preferanser og behov. Dette var helt nødvendig for å kunne finne adekvate strategier for pasienter med demenssykdom. Varsomhet med tanke på menneskerettigheter og frihet sammen med kravet om gerontologisk sykepleie kom tydelig frem. Strategier for å unngå uro, utagering og angst handler om å innfri pasientens behov uten bruk av tvang. Funnene underbygger at behovet for å forstå pasientens behov i øyeblikket, sykdomsforståelse og å kartlegge problemer er like viktig som å finne alternative måter å tilnærme seg pasienten på.

«*Coping with increased managerial tasks: tension and dilemmas in nursing leadership*» (Kristiansen et al, 2016) undersøkte hvordan økt lederansvar og flere lederoppgaver etter innføring av nye helsereformer har påvirket sykepleierledelse på norske sykehjem. Studien beskriver i hvilken grad sykepleierledere har hatt innflytelse på kvaliteten i omsorgen og sin egen arbeidshverdag.

Funnene i studien belyser tre endringer i sykepleierledelse; å lede daglig pleie på avstand, å mangle støtte i problemløsning og vanskeligheter med å ta i bruk nytt lederspråk. Studien viser at sykepleierledere inntar en mer administrativ rolle som bidrar til å svekke deres muligheter til å veilede og motivere sykepleiere i daglig arbeid.

Et interessant aspekt var at sykepleierledere ble mer opptatt med administrative oppgaver, men anser seg selv som den med best kvalifikasjoner og mest kunnskap om sykepleie. Dette forsterket deres følelser av å stå i krysspress mellom administrative oppgaver og egne profesjonelle verdier. De standardiserte prosedyrene for rapportering på økonomi, kvalitet og bemanning var så gjennomgripende at andre viktige oppgaver måtte settes til side. Å lede avdelingen ble mindre viktig og rapportering oppover i systemet ble prioritert.

Å mangle lederstøtte ga sykepleierlederne en følelse av utilstrekkelighet, og det bidro til økt forvirring i problemløsning. Sykepleierledere så det som helt nødvendig å delta i den daglige driften

for å overholde kravet om kvalitet i pleien. Utfordringen lå i å få mulighet til å diskutere pasientbehandling, medikasjon og evaluering av behovet for økt bemanning.

I studien «*First-Line Nurse Managers' Challenges at the Crossroads of Norwegian Health Care Reforms*» (Solbakken et al, 2020) var hensikten å beskrive hvilke utfordringer avdelingsledere har i møtet med statlige initierte reformer og å beskrive hvilke strategier de benytter for å opprettholde sitt lederansvar i sykepleien.

For å kunne beholde et pasientfokus i sykepleierledelse er det en forutsetning at avdelingsledere har kompetanse, klinisk tilstedeværelse og støtte fra overordnet leder når inngripende reformer gjennomføres. For å gjennomføre nye reformer kreves solid kompetanse innenfor sykepleie, ledelse og administrasjon. Reformen oppleves som en top-down- prosess hvor endringen initieres av myndighetene og ikke av ledelsen selv. Førstelinjeledelse er helt avgjørende for en god gjennomføring og suksess med slike prosesser initiert fra myndighetshold.

For å kunne gjennomføre reformer med suksess kreves det solid og stødig sykepleierledelse. Dette er for å møte utfordringer i organisasjonen. Sykepleierledere må kunne balansere mellom krav som stilles ovenfra, kvaliteten i pleien til pasientene og kravet om å ivareta sine ansatte på en god måte. For å kunne håndtere utfordringer ved endringer og å forbli i lederstillinger, er det en forutsetning at avdelingsledere har støtte fra overordnede og formelle ledernetverk.

«*Nurse managers' perspectives on working with everyday ethics in long-term care*» (Devik et al, 2020) har som hensikt å utforske og forstå hvordan sykepleierledere oppfatter sin egen rolle i å støtte egne ansatte i å drive etisk forsvarlig pleie. Tre hovedkategorier ble funnet; ledernes oppfatning av rollens betydning, ledernes erfaring med å utøve rollen og ledernes muligheter til å utføre rollen.

Ledere i denne studien opplevde etikkarbeid som verdifullt, men utfordrende. De så verdi i den forstand at støtten i etisk kompetanse bidrar til å sikre omsorgskvaliteten. I tillegg kom det frem at lederstøtte i etisk arbeid forbedrer den enkelte ansattes mestringsevner og evne til å leve opp til sine etiske standarder. Imidlertid ble det å jobbe praktisk med etikk opplevd som vanskelig og ikke

så tydelig. Organisatoriske hindringer og tidsbegrensninger ble oppgitt som forklaringer; som mangel på anvendelige metoder og vanskeligheter med å kommunisere om etikk.

Lederne så ikke ut til å skille mellom eget ansvar for å støtte etisk kompetanse og den enkelte ansattes ansvar for å gi etisk omsorg. Funnene antyder at sykepleierledere trenger støtte selv, både for å forstå og for å utføre sitt ansvar for å fremme personalets etiske oppførsel. Å støtte personalet i etisk forsvarlig omsorg krever mer enn å organisere møteplasser for etisk refleksjon. Det krever også en større bevissthet og forståelse av hva etisk ledelse betyr.

Den siste studien «*Autonomi i sykehjem – en beskrivelse av avdelingssykepleieres forhold til autonomiprinsippet i praksis*» (Askautrud og Ellefsen, 2008) undersøker hvordan avdelingssykepleier forholder seg til autonomiprinsippet på sykehjem. Studien søker svar på 1) Hva forstår avdelingssykepleier med autonomiprinsippet? 2) Hva opplever avdelingssykepleier at hemmer beboernes muligheter til autonomi? 3) Hva mener avdelingssykepleier fremmer beboerautonomi?

Studiens funn går langs to linjer; avdelingsleders forståelse av autonomiprinsippet og avdelingsleders erfaringer knyttet til dette i praksis.

Autonomiprinsippet forstås som individets rett til å bestemme over eget liv. Avdelingslederne mener dette er mer et ideal enn realitet. Pasientenes evne til å motta og vurdere informasjon og å kunne ta beslutninger for seg selv avgjør omsorgen. Avdelingslederne mener at velgjørhetsprinsippet har forrang, særlig når det gjelder «demente beboere», og at autonomiprinsippet da blir et ideal. De mener videre at det er legitimt å ta beslutninger for beboerne dersom beboernes handlingsvalg er uhensiktsmessig, deriblant å benytte tvang. Det er flere faktorer som avgjør om beboernes autonomi kan ivaretas, det nevnes blant annet forhold knyttet til beboerne selv, til personalet og til avdelingens organisering.

2.2 Sykepleiefaglig referanseramme

Hensikten med denne studien er å undersøke avdelingsleders erfaringer med å forebygge bruk av tvang overfor eldre mennesker med demens. Studiens tematikk beveger seg innenfor flere fagområder, som innbefatter blant annet juss, etikk og faglige vurderinger og betraktninger. De juridiske føringene sørger lovverket for å belyse. For å belyse ulike dimensjoner ved problemstillingen er det også behov for en teoretisk referanseramme der etikk og faglige vurderinger er et fokus. Derfor er den sykepleiefaglige referanserammen for denne oppgaven Kari Martinsens omsorgsteori. Begrepene paternalisme og autonomi blir også belyst.

2.2.1 Kari Martinsens omsorgsteori

Det mest grunnleggende i menneskets tilstedeværelse er avhengigheten av andre mennesker. Omsorg er, ifølge Martinsen (2012a, s. 137), en forutsetning for menneskelig liv. Martinsen viser til den danske filosofen Knut E. Løgstrup (1905-1981) som har hevdet at det er en *forventning* om at mennesker skal ta vare på hverandre. Martinsen mener at dette er en rasjonell og ivaretagende tolkning om menneskelivet. Det handler ikke kun om et «du» og «jeg», det handler om en større sammenheng. Omsorg krever grenser og tilbakeholdenhet, omtanke og interesse og sist, men ikke minst å inkludere mennesker (Martinsen, 2003a).

Det er særlig tre aspekter ved omsorgsbegrepet som trekkes frem (Martinsen, 2012b, s. 71);

1. Omsorg omfatter et forhold mellom mennesker som er nært og åpent. Omsorg er derfor et relasjonelt begrep,
2. Omsorg omfatter prinsippet om ansvar for de svake, og er derfor et moralsk begrep,
3. Omsorg vises i konkrete handlinger, og baseres på sykepleiers forforståelse av hva som er til pasientens beste.

Kari Martinsen (2003a) uttrykker at omsorg er et omfattende begrep, og det kan arbeides med omsorg på flere nivåer. Hun nevner et ontologisk nivå hvor det grunnleggende eller livsbærende hører hjemme. Dette er blant annet å vise hensyn, bry seg om og hjelpe andre mennesker. Videre skriver Martinsen om det sosialpolitiske nivået hvor blant annet forskning på omsorg er aktuelt. Det

tredje nivået er profesjonell omsorg, eller det som vises gjennom profesjonelt arbeid som sykepleier.

I sykepleien er «omsorg» et sentralt begrep. Ved å knytte bånd og inngå i relasjoner utvikles en avhengighet av andre mennesker. Omsorg er tilknytning og relasjonsbygging, og uten dette er mennesket overlatt til seg selv. I et hvert møte mellom mennesker ligger fordringen om å ivareta den andres liv. Moralens blir da ikke noe som ligger i mennesker, men mellom mennesker (Martinsen, 2012).

Selvhjelpenhet og selvstendighet blir ansett å være den vestlige verdens ideal. Våre sosiale omgivelser har både forventninger og holdninger til avhengighet som påvirker menneskers oppfatning av seg selv. Selvrespekt og anerkjennelse fra andre er helt grunnleggende behov hos alle mennesker. Når hjelpebehovene øker og selvstendighet og uavhengighet gradvis byttes ut med redsel for å være til bry, nedsatt mestringsevne og angsten for avhengighet, vil «de andre» være bærere av samfunnets høytstående verdigrunnlag som blant annet innbefatter det å være selvstendig og uavhengig. Ut ifra denne tankegangen blir alderdom og skrøpelighet til noe negativt (Martinsen, 2003a, s. 44).

Når det ytes omsorg for andre, vil det ytes etter fellesnormer i samfunnet. Det er en felles aksept for at personen ikke er selvhjulpne, og relasjonen er derfor ikke preget av et likeverdig «gi-ta»-forhold når det kommer til hjelpebehov og støtte. I alt omsorgsarbeid er omsorg for den *andre* sentralt, og omsorgen gis til ikke-selvhjulpne mennesker. Deres velferd er helt avhengig av omsorgen andre gir, og omsorgen som gis skal bestemmes ut ifra omsorgsbehovet de har (Martinsen, 2003a).

I relasjonen mellom mennesker vil nærhetsetikken spille en viktig rolle. I en tillitsfull relasjon, som mellom pasient og sykepleier, vil pasienten på flere vis utlevere seg. Desto mer hjelpetrengende pasienten er, jo mer vil pasienten utlevere seg. Dette påvirker igjen maktforholdet i relasjonen og maktbalansen blir ujevn. Dersom pasienten er helt hjelpetrengende, er pasienten også helt avhengig av at den som skal hjelpe tar valg basert på hva som oppleves godt for pasienten. I alle disse handlingsvalgene ligger det mye makt (Brinchmann, 2012, s. 117-125).

2.2.2 Paternalisme vs. unnlåtelsessynder

Autonomi som begrep består av de to greske ordene «auto» - selv - og «nomos» - lov – altså «selvstyrt» eller «selvlovgivende» (Nordtvedt, 2021). I helsetjenesten er begrepet ofte oversatt til «selvbestemmelse» eller «medbestemmelse» (Slettebø, 2008). Verdien av autonomibegrepet kan vises gjennom to ulike aspekter; Det å kunne ta velbegrunnede, rasjonelle og gjennomtenkte valg på vegne av seg selv og det faktum at mennesker får en egen status som rettighetsinnehaver i kraft av sin fornuft (Nordtvedt, 2021).

Kari Martinsen (2012a, s. 162) skriver at det å være klar over at omsorgens utfordring er å stå i en vippeposisjon mellom å gjøre den andre godt og å etterkomme den andres forventning. Ved å engasjere seg i situasjonen ut ifra hva som er til den andres beste kan sykepleier risikere at det vipper over i overgrep, eller på den andre siden dersom sykepleier etterkommer den andres ønsker kan det vippe over til unnlåtelsessynder. Sykepleier må være oppmerksom på denne vippeposisjonen som et dilemma i møte med pasienten. Det er her det faglige skjønnnet kommer inn, ifølge Martinsen (2012a, s. 162).

Skjønnnet er en sensitivitet som skal gjøre at omsorgen ikke «vipper over» og hvor relasjonen til pasienten bevares. I en konkret situasjon vil skjønnnet kunne ivareta en situasjonsanalyse hvor handlingsalternativer overveies. Handlingsalternativene skal gagne den andre best mulig. Når sykepleier går inn i en relasjon med en pasient, handler det om engasjement. Når sykepleier engasjerer seg i pasienten, betyr det at sykepleier kan oppleve å komme i en konflikt med pasienten. En konflikt som kan få to ulike utfall; overgrep og overformynderi på den ene siden, eller unnlåtelsessynder på den andre (Martinsen, 2012a, s. 157; Martinsen, 2003b, s. 144, 150).

Gjennom holdninger og stemninger kan sykepleier påvirke pasientens livsmuligheter og -utfoldelse (Martinsen, 2012a). Paternalisme vil kunne overbeskytte pasienten slik at ressurser og muligheter ikke blir benyttet til det beste for pasienten. Sykepleier bør handle på en slik måte at pasientens ressurser frigjøres og legges til rette for at pasienten selv kan være med på å definere sine ønsker og behov (Martinsen, 2012a, s. 163). Sykepleiers påvirkning avhenger av hvordan makt brukes og hvordan maktforholdet er i relasjonen. Brukes makten i relasjonen på en måte som begrenser livsmuligheter eller holder pasienten i en underlegen posisjon, kan det kalles for en uansvarlig

maktutøvelse (Martinsen, 2012a, s. 157). I en slik relasjon er tillit uopnåelig, og sykepleier hever seg over pasientens individualitet.

Gjennom en paternalistisk holdning vil pasientens ønsker og behov overprøves. Det er sykepleiers bedrevitenen som gjøres gjeldende, og pasienten fratras muligheten til å delta i beslutninger som handler om egen situasjon (Martinsen, 2012a, s. 145). En paternalistisk holdning fra sykepleiers side vil påvirke relasjonen mellom sykepleier og pasient, og gjøre pasienten maktesløs.

Omsorg er forbundet med paternalisme. En svak paternalisme krever et engasjement og en interesse for pasientens velbefinnende. Paternalistisk maktutøvelse vil unngås der sykepleier gjør en skjønnsmessig analyse av situasjonen og bruker sin fagkunnskap. Gjennom å bruke skjønn og fagkunnskap sammen vil pasienten tre tydelig frem og relasjonen mellom sykepleier og pasient vil preges av sensitivitet, sårbarhet og oppriktighet. Slik bli sykepleier pasientens tillit verdig (Martinsen, 2012a, s. 147).

En tillitsbasert relasjon innenfor sykepleie innebærer at sykepleier har nødvendig fagkunnskap som pasienten mangler og at en svak paternalisme står over autonomiprinsippet (Martinsen, 2012a, s. 146). Det hippokratiske prinsipp ligger til grunn for all sykepleie der målet er å handle til pasientens beste. I dette ligger en svak paternalisme. Dersom det er til pasientens beste, eller gagnar pasienten, vil det være riktig at pasientens trekkes inn i beslutninger som omhandler den behandlingen og pleien pasienten skal få. Det vil allikevel være fagkunnskapen og det faglige skjønn, sammen med en innlevelse i og interesse for pasientens situasjon, som avgjør hvilket handlingsalternativ som vil gagne pasienten (Martinsen, 2012a, s. 146-147).

En ettergivenhet fra sykepleiers side kan føre til unnlatesyndet (Martinsen, 2012, s. 158). Her vil pasientens autonomi settes høyt, og respekten for individets uavhengighet står høyere enn behovet for omsorg, pleie og hjelp fra andre. En sykepleier bør handle ut ifra faglig skjønn og interesse for pasienten. Den faglige dyktigheten er en kombinasjon av fag- og menneskekunnskap omsatt i praktisk handling. Når det gjelder menneskekunnskapen kan den i liten grad tilegnes gjennom litteraturen. Den kan best læres gjennom praksis og erfaringer, gjennom gode rollemodeller og eksempler fra klinikken (Martinsen, 2012a, s. 148).

Et sykepleier-pasient-møte er alltid unikt, men det finnes også fellestrekk som uttrykker både fag- og menneskekunnskap. En slik kunnskap kan ikke omdannes til eksakte begreper eller standardiseres i enkle setninger. Dette er en *taus kunnskap*. Fagkunnskap, prosedyrer og regler er bakt inn sammen med erfaringer fra sykepleier-pasient-møter som har fellestrekk, og hvor praksisen formes ut ifra de erfaringer som er gjort i menneskemøtene (Martinsen, 2012a, s. 148).

3 Mennesket med demenssykdom

Demens er en samlebetegnelse på en rekke vaskulære- og hjernedegenerative sykdommer (Wyller, 2020, s. 275-277). Demenssykdommene kan deles inn i grupper basert på de ulike sykdommene som kan føre til utvikling av demenssykdom. De tre gruppene er; degenerative hjernesykdommer, vaskulær demens og sekundær demens (Engedal & Haugen, 2018).

Degenerative hjernesykdommer kan blant annet være Alzheimers sykdom, frontotemporallappsdemens og demens med lewylegemer. *Vaskulær demens* kan blant annet være konsekvens av hjerneinfarkt eller som en blanding mellom Alzheimers sykdom og vaskulær demens. *Sekundær demens* kan blant annet være konsekvens av alkoholoverforbruk, hodetraumer eller hjernetumor (Wyller, 2020, s. 277).

3.1 Prevalens og diagnostiske kriterier

Alzheimers sykdom forårsaker omtrent 60-70% av demenstilfellene ved debut etter 65 års alder. Alzheimers sykdom, demens med lewylegemer, frontotemporallappsdemens, vaskulær demens og alkoholisk demens står til sammen for over 95% av demenstilfellene der debut er etter fylte 65 år (Wyller, 2020, s. 277).

I Norge diagnostieres demenssykdom ved bruk av ICD-10 (Wyller, 2020, s. 276):

I	<ol style="list-style-type: none">1. Svikt av hukommelse, især for nyere data, og2. Svikt i minst én annen kognitiv funksjon, som dømmekraft, planlegging, tenking eller abstraksjonsevne. Svikten er så uttalt at den virker inn på pasientens evne til å greie seg i dagliglivet, og graden av svikt defineres ut fra graden av påvirkning: Mild: Virker inn på evnen til å klare seg i dagliglivet Moderat: Kan ikke klare seg uten hjelp fra andre Alvorlig: Kontinuerlig tilsyn og pleie er nødvendig
II	Klar bevissthet
III	Svikt av emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial atferd, minst ett av følgende: <ol style="list-style-type: none">1. Emosjonell labilitet2. Irritabilitet3. Apati4. Unyansert sosial atferd
IV	Tilstanden må ha en varighet på minst seks måneder

3.2 Kognitive symptomer ved demenssykdom

Fellestrekkene blant demenssykdommene er særlig svikt i kognitive funksjoner. Ett av funksjonsområdene er hukommelse (Wyller, 2020, s. 276-296). Videre er blant annet svekket oppmerksomhet og orienteringsevne, handlingssvikt og svekkede intellektuelle evner vanlige kognitive symptomer ved demenssykdom (Engedal & Haugen, 2018, s. 29).

3.2.1 Hukommelse og læringsevne

Hukommelsessvikt er ett av de diagnostiske kriteriene for demenssykdom. Dette er gjerne det første symptomet personen med demens og pårørende merker. Å lære nytt forutsetter evnen til å kunne venne seg til ukjent stimuli, noe som ofte er utfordrende ved demenssykdom. En forutsetning for hukommelse er evnen til å lære og å hente frem det som er lært. Hukommelse og læringsevne henger med andre ord tett sammen (Rokstad & Smebye, 2020). Menneskets hukommelse deles gjerne inn i korttidshukommelse og langtidshukommelse.

Utover de ulike typene hukommelse kan det være nyttig å kjenne forskjellen på gjenkalling og gjenkjenning. Ved gjenkalling hentes lagret informasjon frem fra hukommelsen uten ytre stimuli. Ved gjenkjenning kan ytre stimuli brukes for å hente frem informasjonen. Ett eksempel kan være at personen med demens ikke husker hva ektefelle heter (gjenkalling). Straks personen får se et bilde, eller ektefellen kommer på besøk, husker personen med demens umiddelbart navnet (gjenkjenning). Her er bildet eller besøk av ektefelle den ytre stimulans som gjenkjenner navnet (Rokstad & Smebye, 2020).

3.2.2 Oppmerksomhet

For å oppfatte stimuli fra omgivelsene er mennesker avhengig av evne til oppmerksomhet. Evne til oppmerksomhet innbefatter evne til å fokusere på én oppgave uten å bli distraheret, våkenhet og evne til å oppfatte stimuli fra omgivelser. Svekket oppmerksomhet påvirker hukommelse og evnen til problemløsning slik at disse evnene reduseres (Rokstad & Smebye, 2020).

Ved demenssykdom kan oppmerksomheten påvirkes slik at det blir vanskelig å skille mellom viktige og mindre viktige stimuli. Redusert evne til fokusert og delt oppmerksomhet er vanlige symptomer (Rokstad & Smebye, 2020).

3.2.3 Orienteringsevne

Orienteringsevne handler om evne til å huske tid, sted og situasjon. Derfor deles orienteringsevne gjerne inn iblant annet tidsorientering, stedsorientering og orientering for egne data.

Tidsorientering krever stadig en ny læring – hvert minutt er et nytt klokkeslett, hver dag er det en ny ukedag og dato, hver måned en ny måned (Engedal & Tveito, 2019).

Uavhengig av type demenssykdom, opplever mange personer med demens av moderat til alvorlig grad, at det blir vanskelig å plassere seg selv i sammenheng med familie og yrkesliv. Stemmer og ansikter kan gjenkjennes, men det kan være utfordrende å skille de ulike familiemedlemmene fra hverandre (Engedal & Tveito, 2019).

3.2.4 Handlingssvikt

Et diagnostisk kriterium for en demensdiagnose er at symptomene er av en slik grad at det påvirker personens evne til å mestre dagliglivet. Redusert evne til å mestre dagliglivets gjøremål vil alltid oppstå tidlig ved demenssykdom. Handlingssvikt handler om utfordringer med å sette ulike handlinger i en rekkefølge slik at det utgjør en helhet. For å utføre sammensatte handlinger kreves hukommelse, evne til å planlegge, sanseoppfatning og romforståelse. Disse evnene er ofte redusert ved demenssykdom (Engedal & Haugen, 2018, s. 39).

3.2.5 Intellekt

Grunnleggende psykologiske funksjoner som hukommelse, oppmerksomhet og språk er nødvendig for mer overordnede intellektuelle funksjoner som problemløsning, tilpasning til situasjoner og evne til å tolke og forstå sanseintrykk. Ved demenssykdom er funksjoner som hukommelse, oppmerksomhet og språk redusert. Personen med demens får utfordringer med å forstå overført

betydning av uttrykk, å forstå meningen i ordtak og å forstå ironi (Engedal & Haugen, 2018, s. 40-41).

3.3 Atferdssymptomer og psykiske symptomer ved demenssykdom (APSD)

Demenssykdom vil påvirke personens emosjoner og atferd. De fleste med demenssykdom har APSD, og disse symptomene er de mest belastende for personen selv og pårørende. Graden av APSD påvirker i stor grad hvilket behov personen med demenssykdom har for institusjonsplass (Wyller, 2020, s. 276-277; Kittang, 2020).

APSD er vanlig ved alle former for demenssykdom. Det kan allikevel variere hvilke APSD-symptomer som er de mest fremtredende. Ved Alzheimer sykdom ses det hyppigst angst, depresjon og apati. Ved frontotemporallappdemens observeres mest redusert impuls kontroll og hemning, irritabilitet, aggresjon og redusert sosial dømmekraft. Ved demens med Lewy-legemer ses oftest aggresjon og synshallusinasjoner (Kittang, 2020).

3.3.1 Hvorfor oppstår APSD?

Bakgrunnen for APSD kan være svært kompleks. Personen med demens kan ha en premorbid personlighet som kan disponere for APSD. Samtidig fører demenssykdom til nevrobiologiske forandringer i hjernen. Resultatet av de nevrobiologiske forandringene kan for eksempel være at personen med demens får redusert evne til kommunikasjon og derigjennom ikke får uttrykt sine behov. Personen med demens kan få redusert evne til forståelse og kan derigjennom misforstå eller feiltolke personene rundt seg eller sine omgivelser (Kittang, 2020).

En pasient med demens, som opplever overskridelser av sine grenser, kan gi seg utslag i APSD. Dette kan være for eksempel å få hjelp med personlig hygiene. For mennesker med demens kan deres omgivelser påvirke, og være årsak til, utviklingen av APSD. Dersom omgivelsene for eksempel er uoversiktlige og bråkete, kan dette føre til uro og videre APSD. Både under- og overstimulering, tidsforskyvning og kjemien personen med demens har med personalet påvirker APSD (Kittang, 2020).

APSD kan deles inn i psykiatriske symptomer og atferds symptomer. Psykiatriske symptomer kan være depresjon, angst og panikkfølelse. Alvorlig depresjon kan føre til at personen med demens får psykotiske symptomer, eller at personen slutter å spise/ drikke. Vrangforestillinger og hallusinasjoner kan være et psykiatrisk symptom. Vrangforestillinger hos personer med demenssykdom er oftest paranoide og hallusinasjonene er oftest visuelle (Kittang, 2020).

Agitasjon, vandring, ukritisk atferd og forstyrrelser i døgnrytmen kan alle være atferdssymptomer. Med agitasjon menes at personen med demenssykdom har en formålsløs atferd, enten verbalt eller motorisk. Dette kan for eksempel vise seg som vandring, roping, plukking, at personen klamrer seg til personalet eller som aggresjon (Kittang, 2020).

Andre tilstander kan også påvirke grad av APSD, og det er viktig å undersøke underliggende faktorer. Det er nødvendig å ha en bred innfallsvinkel når APSD skal kartlegges, vurderes og forstås. Kan det være slik at pasientens APSD-symptomer kan være uttrykk for smerter? Kan personen med demenssykdom ha umøtte grunnleggende behov, som for eksempel å være sulten, være obstipert eller ha urinretensjon? (Kittang, 2020).

3.4 Hvordan oppleves det å ha en demenssykdom?

For å kunne gi mennesker med demenssykdom god helsehjelp og omsorg kan det være viktig å forsøke å sette seg inn i hvordan mennesker med demens selv opplever sin situasjon. Alle mennesker er ulike og opplever sin livsverden ulik finnes det ikke et fasitsvar på dette. Engedal (2016) beskriver at pasientens innsikt i egen situasjon kan påvirke hvordan det oppleves å ha demenssykdom. Det å få en kronisk, progredierende sykdom markerer en helsemessig overgang fra «frisk» til «syk» (Daatland og Solem, 2015, s. 128-129). I tidlig forløp kan bekymring for nåtid og fremtid være fremtredende. Spørsmål som «hvordan skal livet bli?» og «vil jeg bli en belastning for mine nærmeste?» kan melde seg. Pasientens opplevelse av samarbeid med helsetjenesten kan kjennetegnes av usikkerhet, opplevelse av paternalisme og opplevelsen av et utfordrende samarbeid (Walker, Johns & Halliday, 2015; Rustad, Furnes, Cronfalk & Dysvik, 2016).

De fleste personene med en demenssykdom i Norge bor hjemme. Det betyr at personene med demenssykdom som har fast institusjonsplass i sykehjem er de med det største lidelsestrykket. Graden av APSD påvirker også i stor grad hvilket behov personen med demens har for institusjonsplass. Stor grad av APSD taler for at institusjonsplass er riktig behandlingsnivå (Folkehelseinstituttet, 2021; Kittang, 2020).

Personer med demenssykdom kan oppleve både vrangforestillinger og tidsforskyvning. Vrangforestillinger handler om en virkelighetsbrist i det som har skjedd, skjer eller skal skje. Dette kan for eksempel være forestillinger om at noen stjeler tingene eller penger, at en ektefelle har funnet en annen eller uttalte paranoide tanker som at noen er «ute etter dem». Dette er som følge av den intellektuelle svikten demenssykdommen medfører. Tidsforskyvning handler om at mennesket med demens opplever å være i en annen tid, i en annen situasjon eller et annet sted enn det som er reelt (Engedal, 2016, s. 59). Dette kan for eksempel komme til uttrykk i at pasienten vil hjem til mor og far eller at pasienten sier h*n skal på jobb og står og hamrer på utgangsdøren i avdelingen (Wyller, 2020; Kittang, 2020).

Både når det gjelder brist i virkelighetsforståelsen og tidsforskyvning er det viktig at helsepersonell møter pasienten med empati. For hvordan ville helsepersonellet selv reagert dersom deres virkelighetsoppfatning var at noen var «ute etter dem», at noen stjal fra dem, eller at de skulle

rekke jobb? Det er nærliggende å tenke at fortvilelse, usikkerhet, sinne og frustrasjon ville kommet til uttrykk – akkurat som pasienten som hamrer på utgangsdøren på avdelingen fordi deres virkelighetsoppfatning er at h*n skal komme tidnok på jobb.

4 Metode

Kunnskap finnes i mange former og vitenskapelig kunnskap er en av formene. Grunnlaget for utøvelsen av medisin- og helsefag er kunnskapsbasert praksis, og vitenskapelig kunnskap er en forutsetning for utøvelsen. Vitenskapelig kunnskap skiller seg fra subjektive meninger ved at kunnskapen er innhentet og systematisert gjennom en anerkjent vitenskapelig metode (Malterud, 2018).

I begrepet kunnskapsbasert praksis inngår erfaringsbasert kunnskap, kunnskap om pasientgruppen og brukermedvirkning. Erfaringsbasert kunnskap tilegnes blant annet gjennom klinisk praksis og gjennom refleksjons- og erfaringsutveksling med kolleger. Kunnskap om pasientgruppen tilegnes blant annet gjennom å samhandle med pasienten klinisk for å lære seg å kjenne pasientens preferanser og ønsker. Det er først når vitenskapelig kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og kunnskap om pasientgruppen settes sammen til en helhet at kunnskapsbasert praksis kan utøves. Kunnskapsbasert praksis fører til bedre kunnskapshåndtering og kan derigjennom føre til en kvalitativt bedre helsetjeneste (Helsebiblioteket, 2021).

I dette kapitlet presenteres vitenskapsteoretisk tilnærming og metode benyttet i denne oppgaven.

4.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Hermeneutikk er en vitenskapsteoretisk retning hvor *fortolkning* danner grunnlaget for forståelse og meningsdannelse. I dagliglivet skaper sjelden fortolkningsprosesser store problemer for oss, det er gjennom slike prosesser vi kan samhandle med andre mennesker, orientere oss og skape ny kunnskap (Bondevik og Bostad, 2016, s. 289).

Hermeneutikk kommer fra gresk *herméneuein* som kan oversettes til «å fortolke» og *herméneia* som betyr «fortolkning». Når forskeren ønsker økt kunnskap og forståelse om noe, når *mening* og *hensikt* skal fortolkes, blir *forskeren* den sentrale instansen. Innenfor den kvalitative forskningen er det stilt spørsmål ved om slike fortolkningsprosesser kan sies å være vitenskapelige.

Hermeneutikken retter sitt søkelys på *kunnskapssubjektet*. Når forskeren skal *fortolke* mening og hensikt i et tekstmateriale som danner grunnlaget for empirien i en kvalitativ undersøkelse, blir forskeren selv sentral og den viktigste instansen i forskningsarbeidet (Bondevik og Bostad, 2016, s. 290-292).

I hermeneutikken er begrepet *forforståelse* som knyttes til filosofen Hans Georg Gadamer sentralt. Gadamer anså tekster som hermeneutikkens utgangspunkt. Det som preger forståelsesprosessen er blant annet sosiale normer, kultur, personlige erfaringer, utdanning og språk. Forståelsen tufter på et grunnlag av forutsetninger som er nødvendige for å forstå noe, og det er disse forutsetningene som ofte kalles forforståelse. Forforståelsen knyttes til de forventningene forskeren har; bevisst og ubevisst, *før* en undersøkelse gjennomføres (Bondevik og Bostad, 2016, s. 292; Malterud, 2018, s. 44-46; Kvale og Brinkmann, 2018, s. 73).

Noen av forutsetningene for forforståelsen omtales som *for-dommer*; de oppfatninger forskeren har på forhånd, både positive og negative, ubevisste og bevisste. Summen av for-dommene er det som kalles forskerens *forståelseshorisont*, og forståelseshorizonten er alle de forutsetninger forskeren har for å forstå – bevisst og ubevisst. Alle erfaringer, oppfatninger, forestillinger, holdninger, verdier, kunnskap, normer og språk danner forskerens forståelseshorisont, og forskeren vil ta i bruk denne i alt som gjøres. Forforståelsen er de forventninger eller oppfatninger forskeren har til et bestemt objekt før det er undersøkt, og noe forskeren er mer eller mindre bevisst på. Forståelseshorizonten er det totale bildet av alle forestillinger og holdninger forskeren har,

representert også ved det forskeren for øyeblikket *ikke er bevisst på* (Bondevik og Bostad, 2016, s. 294; Malterud, 2018, s. 45; Kvale og Brinkmann, 2018, s. 74).

I følge Gadamer kan ingen frigjøre seg helt fra sin forståelseshorisont, og derigjennom finnes det ikke noe nøytralt sted hvor forskeren kan godta eller forkaste sine for-dommer eller sin forståelseshorisont. Det som bringes med inn når forskeren ønsker å forstå noe, og som er med på å påvirke forskerens forståelse og forventninger, skal forskeren belyse eller forklare. Når forskeren skal tolke tekster, må forskeren teste sine forventninger og for-dommer mot teksten. I dette arbeidet skjer det en slags sammensmelting mellom teksten og forskerens forståelseshorisont, og dette kaller Gadamer horisontsammensmeltning. I utgangspunktet bør forskeren stille seg velvillig til teksten og gå ut ifra at deltakeren har noe viktig å fortelle for å oppnå forståelse til tross for at selve tolkningen av den vil være subjektiv (Bondevik og Bostad, 2016, s. 300).

For å få forståelsen av noe, må forskeren bevege seg mellom deler og helheten av teksten i en gjensidig tilpasning. Forskeren beveger seg mellom sin egen forforståelse og det som skal fortolkes, eller mellom det som er sammenhengen i det som skal fortolkes og det som skal fortolkes (Malterud, 2018, s. 28-29). Fortolkningen av helheten er avhengig av hvordan delene fortolkes, og hvordan delene fortolkes er avhengig av hvordan helheten fortolkes. Denne fortolkningsprosessen, *den hermeneutiske sirkel*, beveger seg mellom forståelse og for-forståelse og fortolkning, Forskeren benytter sin egen forforståelse og fortolker tekstene slik at den nye forståelsen blir en del av forforståelsen; bevissthet om sin egen forforståelse åpner muligheten for ny forståelse (Bondevik og Bostad, 2016, s. 295).

4.1.1 Min forforståelse som forsker

Forskere er mennesker med egne erfaringer og opplevelser. For at prosessen med å forske skal kunne bringe frem noe nytt, noe annet enn det forskeren vet fra før, er det essensielt med et åpent sinn. Det må være rom for refleksjon og uventede konklusjoner (Malterud, 2018).

I forkant av denne studien har jeg gjort meg mange tanker, refleksjoner og erfaringer om tema personer med demens og forebygging av bruk av tvang. Min interesse for temaet har vært tilstedeværende i mange år og jeg har jobbet klinisk med mennesker med demenssykdom på

sykehjem i 10 år. Da jeg skrev bacheloroppgave i sykepleie, var tema hvordan sykepleier kan forebygge bruk av tvang overfor personer med demens på sykehjem.

Som sykepleier har jeg arbeidet med personer med demens på sykehjem, både klinisk og med fagutvikling. Jeg har arbeidet aktivt med utfordringer knyttet til å forebygge bruk av tvang. Dette inkluderer blant annet holdningsarbeid og undervisning i personalgruppen og samarbeid med Fylkesmannen. Min forforståelse i form av fag- og erfaringskunnskap gir meg en innsikt i tema som kan være en fordel i arbeidet med studien.

Jeg har jobbet som sykepleier og fagsykepleier på flere forskjellige avdelinger for personer med demens. Jeg har erfart ulike avdelingsmiljøer og -kulturer. Jeg har jobbet både i avdelinger der personalet i stor grad får til å gi helsehjelp frivillig og avdelinger der personalet i liten grad får til å gi helsehjelp frivillig. Som sykepleier og person har jeg gjort meg noen tanker om hvorfor det er slik, der jeg har opplevd at leders kompetanse og holdninger, personalets kompetanse og holdninger og det tverrfaglige samarbeidet har hatt mye å si for pasientbehandlingen. Dette har gjort meg nysgjerrig på hvilke erfaringer avdelingsledere på sykehjem har gjort seg i arbeidet med å forebygge bruk av tvang overfor personer med demens.

I forkant av oppstart av studien har jeg reflektert mye rundt egen forforståelse og fordommer knyttet til tema. Jeg er en ung voksen person med én forelder som har utdanning i helsevesenet, jeg har hatt besteforeldre som i perioder har vært syke og pleietrengende. Alt fra diskusjoner rundt middagsbordet hjemme til avisoppslag og mediesaker om forhold i norske sykehjem, har preget meg som person. Da jeg selv var ferdig utdannet sykepleier hadde jeg en grunnleggende kompetanse som gjorde at min forståelse for avgjørelser og begrunnelser for valg som ble tatt ble mer forståelige for meg.

Både min personlighet og mitt yrkesvalg kan begrunnes i at jeg alltid vært svært opptatt av rettferdighet, lover og regler. Det er bra fordi den juridiske kompetansen er viktig. På en annen side kan min forforståelse gjøre at jeg kan bli for normativ.

Denne studien skal belyse hvilke erfaringer avdelingsledere på sykehjem har med å forebygge bruk av tvang. Min egen forforståelse og forståelseshorisont legges derfor til side. Gjennom å være åpen

og lyttende, vil det komme frem flere andre aspekter som er viktig, blant annet etikk og vanskelige grenseoppganger. Dette var jeg bevisst før oppstart av studien og har vært et kontinuerlig fokus gjennom hele forskningsprosessen.

4.2 Kvalitativ metode

I kvalitativ metode ønsker forskeren å utforske menneskets opplevelser, erfaringer, samhandling og verdier. En kvalitativ metode passer godt der forskeren vil undersøke dynamiske prosesser og metoden kan bidra til å vise nyanser, menneskets subjektive erfaringer og mangfold. Forskeren kan undersøke hva som ligger til grunn for hvorfor mennesket handler slik det gjør. De kvalitative metodene består av ulike strategier forskeren kan benytte for å beskrive, analysere og tolke blant annet kvaliteter, trekk og egenskaper ved fenomenene som undersøkes (Malterud, 2018; Kumsvik, 2014; Kvale og Brinkmann, 2018).

4.2.1 Kvalitativt forskningsintervju

I et kvalitativt forskningsintervju er formålet å forstå aspekter ved informantens liv fortalt gjennom informantens egne ord (Kvale og Brinkmann, 2018, s. 42). Et kvalitativt forskningsintervju balanserer mellom å være nokså likt den hverdagslige samtales struktur, samtidig som det har struktur som et profesjonelt intervju i det at forskeren følger en bestemt metodikk. Individuelle intervjuer, også kalt semistrukturerte intervjuer, egner seg når forskeren ønsker at informantene skal ha mulighet for å dele av sine erfaringer og betraktninger – og særlig i de tilfeller der å dele erfaringer og betraktninger krever trygghet, ettertanke og tid (Malterud, 2018, s. 134).

4.2.1.1 Intervjuguide

Utgangspunktet til intervjuguiden ble utarbeidet i forbindelse med arbeidet med prosjektplanen. Intervjuguiden har videre blitt bearbeidet gjennom å lese relevant litteratur om å utarbeide en intervjuguide, gjennom veiledning med veileder, gjennom å spisse tematikk og gjennom prøveintervjuer.

Spørsmålene ble laget med utgangspunkt i problemstilling og forskningsspørsmål. Fordi det skulle være semistrukturerte intervjuer, var spørsmålene formulert etter temaer i forskningsspørsmålene. Ved å strukturere intervjuguiden på denne måten, sikret jeg at det ville bli snakket om de temaene som var aktuelle for å kunne besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene.

Det siste spørsmålet i intervjuguiden åpnet opp for å kunne utforske informantens erfaringer og opplevelser videre. Her kunne informantene komme med innspill de mente var viktige, men som de ikke var spurt direkte om. I semistrukturerte intervjuer gis det åpning for å stille oppfølgingsspørsmål, eller spørsmål som ble ansett relevante underveis.

Intervjuguide ligger som vedlegg 6 til oppgaven.

4.2.1.2 Informasjonsskriv

Jeg har benyttet Norsk senter for forskningsdata (NSD) mal for informasjonsskriv (Norsk senter for forskningsdata, 2021).

Jeg sendte først ut informasjonsskrivet på e-post direkte til et utvalg virksomhetsledere/institusjonssjefer. Ved første kontakt med avdelingslederne som var interesserte i å delta i denne studien, ble informasjonsskrivet lagt ved e-posten til dem slik at retten til informasjon ble ivaretatt.

Informasjonsskriv med samtykkeskjema ligger som vedlegg 3 til oppgaven.

4.2.1.3 Samtykke

Deltagelse i studien baseres på et frivillig, informert samtykke. Informasjon om studiens hensikt og om hvilke opplysninger som ble samlet inn om informanten, samt lagringen av opplysningene, ble informert om både skriftlig i informasjonsskriv og muntlig i forbindelse med gjennomføring av intervjuet. Informantene ble informert om at de ble anonymisert, og at de derfor ikke vil kunne bli gjenkjent i oppgaven eller eventuelle fremtidige publikasjoner. Alle informantene i studien har signert samtykkeerklæringen som ble sendt i sammenheng med informasjonsskrivet.

4.2.1.4 Rekruttering

Rekruttering av informanter til studien fulgte fremgangsmåten beskrevet i søknaden til Norsk senter for forskningsdata. Kontakt med virksomhetsleder/ institusjonssjef ble opprettet via en e-

post som ble sendt ut 22.12.20. E-posten ble sendt ut til 72 institusjoner på det sentrale Østlandet og det ble mottatt svar fra 20 av institusjonene.

De som svarte, men ikke ønsket/ hadde anledning til å delta begrunnet dette i alle tilfeller med pandemisituasjonen. Videre kontakt var enten ved at virksomhetsleder/ institusjonssjef videresendte e-posten til aktuelle avdelingsledere, eller at det ble gitt tillatelse til at jeg kunne kontakte aktuelle avdelingsledere direkte. All førstekontakt med avdelingslederne var per e-post. 8 var positive til deltagelse og 5 ønsket å delta. 1 trakk seg. Det totale utvalget i denne studien består av 4 informanter.

E-postkorrespondanse finnes i vedlegg 4 og 5 til oppgaven.

4.2.1.5 Utvalg

For at studiens funn skal være relevante i å belyse problemstillingen, må datamaterialet stamme fra relevante datakilder. I et *strategisk utvalg* er målet at datamaterialet i størst mulig grad belyser eller besvarer problemstillingen (Malterud, 2018, s. 58). Forskeren ønsker altså å rekruttere det utvalget som best kan belyse ulike aspekter ved tema som studeres.

Inklusjonskriteriene for studien var som følger:

1. Deltageren innehar en avdelingslederstilling på sykehjem når intervjuet skjer
2. Deltageren skal ha vært avdelingsleder på sykehjem i minimum 2 år
3. Deltageren har minimum en treårig helsefaglig utdanning på høyskole/ universitetsnivå
4. Avdelingsleder er leder på en skjermet avdeling for mennesker med demens på sykehjem

Utvalget i studien består av 4 informanter. Fra prosjektbeskrivelsen var det i utgangspunktet ønsket mellom 4-6 informanter. 6 informanter ville gitt flere perspektiver på studiens problemstilling og derigjennom kunne problemstillingen muligens blitt enda bedre belyst. Denne studien skulle gjennomføres på ett semester på heltid. Grunnet begrensninger knyttet til tidsbruk og nødvendig progresjon for å fullføre studien, samt at helsevesenet har vært under et økt press i en pandemi, var det ingen mulighet for å arbeide videre med rekrutteringen. Til tross for et lite utvalg, har det

kommet frem spennende og rike data som kan belyse problemstilling og forskningsspørsmål på en god måte.

Alle informantene var avdelingsleder på en sykehjemsavdeling da intervjuet ble gjennomført. Alle sykehjemmene har beliggenhet i sentrale områder på Østlandet. Alle informantene jobber i forskjellige kommuner. 3 av avdelingene er spesialavdelinger for demenssykdommer og/ eller alderspsykiatri. 1 avdeling er en somatisk langtidsavdeling. Alle informantene er utdannet sykepleier og har ulike videreutdanninger.

I utgangspunktet var det ønsket at alle informantene hadde minimum 2 års erfaring som avdelingsleder og at de var avdelingsleder på skjermet demensavdeling. Under rekrutteringsprosessen var det slik at det var et begrenset utvalg av informanter som meldte seg, og derfor var det nødvendig å justere på inklusjonskriteriene.

Én av avdelingslederne som er inkludert som informant i studien har vært avdelingsleder i 1 år og leder en somatisk langtidsavdeling på sykehjem. Disse to inklusjonskriteriene ble ikke ansett å være ufravikelige med tanke på å kunne svare på oppgavens problemstilling. Denne avdelingslederen innehar en avdelingslederstilling, har relevant erfaring med å arbeide med tvangsvedtak og avdelingen informanten leder hadde aktive tvangsvedtak på tidspunktet intervjuet skjedde.

4.2.2 Gjennomføring av intervjuene

Opprinnelig ønsket jeg å gjennomføre intervjuene ved fysiske, personlige møter. På grunn av pandemien og restriksjoner på smittesituasjonen, ble alle intervjuene gjennomført digitalt på Zoom. Jeg intervjuet hver informant hver for seg, og intervjuene ble gjennomført med lyd og bilde/video. 3 av informantene var på eget kontor under intervjuet og 1 var på hjemmekontor.

I forkant av gjennomføringen av intervjuene var jeg særlig oppmerksom på at jeg skulle skape en relasjon gjennom en skjerm. Da dette var det første og eneste møtet jeg ville ha med informantene, var det helt avgjørende å skape en lett og ledig tone, samtidig som jeg måtte holde fokuset på at de hadde satt av tid til mitt prosjekt og ønsket å bidra faglig. Jeg hadde øyekontakt med informantene gjennom kameraet, og jeg var oppmerksom på min egen stemmebruk og fremtreden. Jeg satt alene

i et rom med lukket dør for å unngå forstyrrelser og for å ivareta personvernet, enten hjemme eller på jobbkontoret. I tillegg hadde jeg satt av god tid i forkant slik at jeg visste at jeg ikke hadde noen avtaler etter intervjuet. Jeg var godt forberedt til alle intervjuene og hadde informantene i fokus mens intervjuene pågikk. Underveis i intervjuene sjekket jeg ut med informantene at de hadde det bra, og at de opplevde situasjonen som god. Intervjuene hadde en varighet mellom 35-75 minutter.

4.2.3 Transkribering

Etter at intervjuene var gjennomført, ble lydopptak transkribert. Transkribering av intervjuene gjorde jeg selv umiddelbart etter gjennomføringen. Jeg har lyttet svært nøye til intervjuene mange ganger gjennom transkriberingsprosessen, og transkriberingen var en tidkrevende prosess.

Transkripsjonene er nokså direkte, men noen fyllord er tatt vekk. Intervjuene er transkribert til bokmål, og dialekter kommer derfor ikke frem. Dette er gjort for å sikre anonymisering av deltagere, samt for at meningsinnholdet skal komme tydeligere frem. Slike små justeringer er ofte riktige å gjøre (Malterud, 2018, s. 78). Datamaterialet i studien består av totalt 32 sider transkribert intervju med skriftstørrelse 12 og 1, 0 linjeavstand.

Informantene fikk oversendt sitt transkriberte intervju. De har gjennom denne måten å håndtere datamaterialet på, fått mulighet til å gi en tilbakemelding dersom de mente noe var feil. Det ble ikke gjort noen endringer i etterkant av denne gjennomlesingen.

4.3 Analyse og systematisk tekstkondensering

De kvalitative analysemetodene deles inn på flere ulike måter (Malterud, 2018, s. 92).

Analysemetodene har likhetstrekk og noen forskjeller, og ifølge Malterud (2018) er den viktigste forskjellen om data leses på tvers eller langs i analysen. Innenfor helsefag er den mest anvendte metoden tverrgående analyse. Intervjuanalyse kan deles inn i forskjellige former, og Kvale og Brinkmann (2018, s. 223) deler intervjuanalyse inn i «analyser med fokus på mening», «analyser med fokus på språk» og «generelle analyser».

I tverrgående analyser er det typisk at data skal fortolkes og sammenfattes fra flere intervjupersoners variasjoner i erfaringer, opplevelser, holdninger eller følelser. Det er enklere å gjennomføre en tverrgående analyse når intervjupersonen har et rikt empirisk materiale. Det er allikevel viktig at forskeren har et våkent blikk i hele analyseprosessen for å unngå risiko for fragmentering og de spesifikke forutsetningene til intervjupersonene (Malterud, 2018, s. 93).

I denne studien benyttes tverrgående analyse med systematisk tekstkondensering. En tverrgående analyse krever at forskeren lager en oversikt over det transkriberte materialet. Forskeren må ha et åpent sinn, og rette blikket i større eller mindre grad mot den enkelte intervjudeltakers historie. På dette stadiet starter en koding som vil kreve en dekontekstualisering (Malterud, 2018, s. 94).

Malterud (2018, s. 98) beskriver at systematisk tekstkondensering er en praktisk metode for tverrgående analyse av kvalitative data. Måten å analysere på gir innføring i en lettfattelig systematisk måte å gjennomføre analysearbeidet på, og den gjør analysen overkommelig.

Videre vil det beskrives hvordan analysen ble gjennomført gjennom systematisk tekstkondensering. Malteruds (2018) analyseprosess brukes for å beskrive hvordan jeg praktisk gjennomførte analysetrinnene.

Matrisen nedenfor viser hele analyseprosessen i systematisk tekstkondensering (Malterud, 2018):

Trinn i analyseprosessen	Om systematisk tekstkondensering	Hva som ble gjort
1	Gjøre seg kjent med innholdet i datamaterialet – deltagernes perspektiv – danne seg et helhetsperspektiv.	<ul style="list-style-type: none"> - Refleksjon over inntrykk umiddelbart etter intervjuer - Lyttet til lydopptak av intervjuer flere ganger - Transkripsjon samme dag som intervjuet – ordrett - Lest gjennom transkripsjonene flere ganger - Dannet 7 foreløpige tema
2	Identifisere de meningsbærende enhetene – systematisere meningsbærende enheter i kodegrupper	<ul style="list-style-type: none"> - De meningsbærende enhetene ble identifisert og sortert etter tema - De nye temaene ble til kodegrupper
3	Videre inndeling i subgrupper, kondensat	<ul style="list-style-type: none"> - De meningsbærende enhetene ble videre systematisert i subgrupper. - Kondensat for hver subgruppe ble utarbeidet
4	Rekontekstualisering, sammenfatte tekst og validere funnene	<ul style="list-style-type: none"> - Skrive sammendrag av subgruppene som analytisk tekst - Lese gjennom transkripsjonene for å validere at uttalelsene er fremstilt slik informanten mente det - Utarbeide resultatgrupper

4.3.1 Trinn 1

I trinn 1 er målet å bli kjent med innholdet i dataene (Malterud, 2018). Hele datamaterialet ble lest flere ganger for å få et helhetsbilde. Her startet jeg arbeidet med å vurdere hvilke temaer som var relevante for å besvare problemstilling og forskningsspørsmål. I denne fasen var helheten viktigere enn detaljene, og jeg gjorde mitt ytterste for å sette min egen forforståelse til side.

Problemstillingen og forskningsspørsmålene var premissgivere for inntrykk som datamaterialet kunne si noe om. Det var deltakernes perspektiv som var det interessante i første analysetrinn. På dette stadiet systematisere jeg ikke dataene. Jeg oppsummerte inntrykk og konsentrerte meg om foreløpige temaer som kom frem. Disse ble notert ned underveis.

Umiddelbart etter intervjuene reflekterte jeg over innholdet i det informantene hadde fortalt. Lydfilet fra intervjuet ble lyttet til flere ganger både før og gjennom transkripsjonsprosessen. Transkribering av intervjuene ble gjort selv samme dag som intervjuet fant sted. Alle intervjuene ble gjennomført og transkribert før analyseprosessen startet. Alle informantene fikk et nummer fra 1-4. De transkriberte intervjuene ble påført sidetall og linjenummer slik at jeg kunne sette kilde bak den meningsbærende enheten. Med denne måten å systematisere tekstene på, var det gjennom hele prosessen enkelt finne tilbake til hvor de meningsbærende enhetene hadde sin opprinnelse.

I prosessen med å identifisere temaene ble transkripsjonene lest hver for seg og sett i sammenheng med hverandre. Det var en videreutvikling av temaene i intervjuguiden, og på den måten fikk jeg til en kreativ og nyskapende prosess uten at temaene ble for like (Malterud, 2018, s. 99). Dette styrket meg i troen på at jeg klarte å frigjøre meg fra min egen forforståelse. Det var 7 tema som kom frem; «Tverrfaglig samarbeid», «Dilemma», «Avdelingsleders ansvar», «Rammefaktorer», «Lederstøtte», «Lovverk» og «Forebyggende faktorer».

De foreløpige temaene er kun et databasert og intuitivt steg i en organisering av datamaterialet, fra rådata til foreløpige temaer, og ingen resultater eller kategorier. Temaene må først igjennom en systematisk refleksjon og tolkning (Malterud, 2018, s. 100).

4.3.2 Trinn 2

I følge Malterud (2018, s. 101) kan det være tilstrekkelig å konsentrere seg om mellom 3 og 5 foreløpige temaer som vil danne et grunnlag for *kodegrupper*. Å gå igjennom datamaterialet linje for linje, skille det som er relevant fra det som er irrelevant og finne deler av teksten som kan belyse problemstillingen, innebærer en slags filtrering av datamaterialet. All tekst må studeres systematisk og grundig. I denne fasen av analyseprosessen hadde jeg mye hjelp i at transkripsjonene var merket med linjer og sidetall. Det ble enklere å se at setninger, både lange og korte, kunne være meningsbærende enheter. De foreløpige temaene i trinn 1 la grunnlaget for hvilken informasjon fra transkripsjonene som sa noe om de foreløpige temaene. I prosessen på dette stadiet var det bedre å ta med for mye enn for lite. Etter at dette var gjort skulle meningsbærende enhetene systematiseres eller kodes.

I dette arbeidet er målet å identifisere og sortere, og derfor er det nyttig å begynne med et begrenset antall kodegrupper for så å utvide nyansene underveis i arbeidet (Malterud, 2018, s. 101). I denne delen av analysen brukte jeg igjen matriser for å holde en struktur i arbeidet. Tekstbiter som hadde fellestrekk eller som handler om det samme, ble merket med en *kode*. Kodene justeres og utvikles når datamaterialet gir forskeren ideer eller innspill, og underveis i dette arbeidet er det nødvendig å forbedre det som kom opp intuitivt i de foreløpige temaene og kodegruppene.

Det var en utfordring å være fleksibel nok fra foreløpige temaer og videre til reviderte kodegrupper. Dette er helt avgjørende for å lykkes i denne overgangen. Her var det mye frem og tilbake, og i ettertid opplever jeg at dette ga meg en helt annen nærhet til datamaterialet enn jeg ellers ville hatt. Malterud (2018) beskriver denne nærheten som at forskeren får en større innsikt og at det kan tre frem noe nytt som forskeren ikke så i trinn 1.

Første systematisering av meningsbærende enheter etter foreløpige tema viste at noen av temaene var overlappende med hverandre. Malterud (2018, s. 102) beskriver at to eller flere av kodegruppene kan representere to eller flere sider av samme sak. Gjennom denne fasen i analysen, ble de meningsbærende enhetene fra tema «Lovverk» sammenslått med tema «Rammefaktorer». De meningsbærende enhetene i tema «Rammefaktorer» ble videre systematisert i gruppene «Fysiske», «System/ kontekst», «Kompetanse» og «Lovverk».

Tema «Lederstøtte» og «Tverrfaglig samarbeid» viste seg å overlappe med tema «Avdelingsleders rolle». De tre foreløpige temaene ble derfor slått sammen til «Avdelingsleders rolle». Det førte til følgende grupper av meningsbærende enheter: «System», «Kompetanse», «Ivaretagelse av personalet» og «Lederstøtte».

Videre ble tema «Dilemma» til følgende grupper av meningsbærende enheter: «Ethiske og faglige dilemma» og «Kompetanse». Tema «Forebyggende faktorer» ble gruppert etter meningsbærende enheter på følgende måte: «Kompetanse», «Miljø» og «Personlig egnethet».

Ved en systematisk gjennomgang av datamaterialet og foreløpige koder, ble særlig noen kodegrupper fremtredende. Det var helt tydelig at «kompetanse» var gjennomgående i flere av temaene. Derfor ble kompetanse en egen kodegruppe.

Ved at jeg abstraherte de meningsbærende enhetene videre, og gikk i dybden på hva meningen i de meningsbærende enhetene var, ble en ny kodegruppe «Avdelingsleders rolle og ansvar» dannet. De meningsbærende enhetene som omhandler tema «Dilemma» viste tydelig at informantene opplevde skjæringspunktet mellom hva som er nødvendig helsehjelp og når unnlattelse av å gi slik helsehjelp fører til omsorgssvikt. De meningsbærende enhetene som omhandler tema «Dilemma» ble kategorisert i kodegruppen «Faglige og etiske dilemma».

Matrise som viser eksempel på hvordan den meningsbærende enheten ble systematisert i trinn 1 og 2:

Meningsbærende enhet	Foreløpig tema (trinn 1)	Kodegruppe (trinn 2)
«Så det å få tak i de der gullpersonene er så utrolig viktig»	«Forebyggende faktorer»	«Kompetanse»
«Ja, først og fremst er det vanskelig dette med til fare for liv og helse. Hvor går grensen? Når skal man gripe inn. Det er det jeg kanskje synes er mest vanskelig»	«Dilemma»	«Faglige og etiske dilemma»

4.3.3 Trinn 3

Det empiriske materialet er på dette stadiet i analyseprosessen redusert til et dekontekstualisert utvalg av meningsbærende enheter. Nå sitter forskeren igjen med noen kodegrupper med meningsbærende enheter som forteller noe viktig og nytt om det problemstillingen ber om svar på. Ved å bruke fremgangsmåten i trinn 1 og 2, bidrar dette til å finjustere spørsmål forskeren stiller til datamaterialet. Hver kodegruppe omfatter nyansert tekst med ulike meningsaspekter. I det videre analysearbeidet tok jeg nå stilling til hvilke hovedaspekter som best kunne belyse min problemstilling og forskningsspørsmålene. Ut fra dette skulle det dannes subgrupper. Hvilke subgrupper som trer frem er avhengig av det faglige perspektivet og forskerens tolkning av datamaterialet (Malterud, 2018).

Følgende subgrupper kom frem: «Systemet avdelingsleder jobber innenfor» og «Å lede avdelingen» i kodegruppen «Avdelingsleders rolle og ansvar». I kodegruppen «Faglige og etiske vurderinger» ble «Tvang = god omsorg?» og «Hvor går grensen» subgrupper. Kodegruppen «kompetanse» førte videre til subgruppene «Formell kompetanse» og «Personlig egnethet».

Matrise som viser eksempel på hvordan den meningsbærende enheten ble systematisert i trinn 1, 2 og 3:

Meningsbærende enhet	Foreløpig tema (trinn 1)	Kodegruppe (trinn 2)	Subgruppe (trinn 3)
«Så det å få tak i de der gullpersonene er så utrolig viktig»	«Forebyggende faktorer»	«Kompetanse»	«Personlig egnethet»
«Ja, først og fremst er det vanskelig dette med til fare for liv og helse. Hvor går grensen? Når skal man gripe inn. Det er det jeg kanskje synes er mest vanskelig»	«Dilemma»	«Faglige og etiske dilemma»	«Hvor går grensen?»

Fra dette punktet var subgruppene analyseenheten (Malterud, 2018, s. 106). Her har systematisk tekstkondensering et spesielt metodegrep; i denne analysefasen lages et *kondensat*. Dette er et kunstig sitat som skal ha i seg det konkrete innholdet fra den meningsbærende enheten og omsette den til et mer generelt innhold. Ved nærmere vurdering kan det være at den ikke passer i sammenhengen og at den eller de meningsbærende enhetene heller passer bedre i en av de andre

kode- eller subgruppene. Til syvende og sist kan det være at meningsbærende enheter utgår fordi de ikke bidrar til å belyse problemstillingen (Malterud, 2018, s. 107).

Før jeg startet arbeidet med analysen, opplevde jeg at det å skulle skrive kondensater sto for meg som en svært krevende oppgave som var vanskelig å forstå. Ved å følge trinnene i denne systematiske tekstkondenseringsanalysen falt kondensatskrivingen på plass nesten av seg selv. De mest uttrykksfulle meningsbærende enhetene i subgruppene ble satt opp i midten, og så skrev jeg teksten ved å ta inn de andre meningsbærende enhetene som var aktuelle å ta med i kondensatet.

I kondensatet brukte jeg «jeg»-form for å representere deltakerne i intervjuene på en tekstnær og representativ måte for informantene. Det er deltakernes stemmer som skal summeres om det fenomenet som subgruppen sier noe om. Målet er å gjøre en fortetning av innholdet av subgrupper innenfor kodegruppene; teksten er summen av meningsbærende enheter under samme subgruppe (Malterud, 2018). Nedenfor vises kondensatene.

Avdelingsleders rolle og ansvar	
Subgruppe	Kondensat
Systemet avdelingsleder jobber innenfor	Jeg synes det kan være utfordrende å finne en støtteperson som leder. Jeg står så nært det kliniske og har en helt annen innsikt enn eksterne aktører som for eksempel Fylkesmannen. Som avdelingsleder kan jeg føle meg litt alene. Jeg har kontakt med spesialisthelsetjenesten og det kan være en støtte. Men det kan føles ut som en kamp å samarbeide med eksterne aktører i kommunen.
Å lede avdelingen	Som avdelingsleder har jeg ansvar for personalet på avdelingen min. Jeg har ansvar for at ting er satt i et system, for eksempel å sikre at dokumentasjonen er god nok. Dokumentasjon er helt avgjørende i vurderingen av tvangsvedtak. Jeg synes det kan være vanskelig å forstå lovverket som regulerer tvang overfor mennesker med demens, det er lettere å forstå lovverket i psykiatrien. Personalgruppen er viktig og i situasjoner der det vurderes å skrive tvangsvedtak samarbeides det ofte tverrfaglig og legen er en sentral samarbeidspartner. Avdelingsmiljøet er en del av miljøbehandling til pasienten, og både musikk, aktiviteter og rutiner tilpasses pasienten individuelt. I forhold til personalet handler det både om å sikre riktig kompetanse, men også å ivareta personalet. Jeg er en støtteperson for dem i utfordrende situasjoner.

Faglige og etiske vurderinger	
Subgruppe	Kondensat
Tvang = god omsorg?	På avdelingen snakker vi om det å fatte tvangsvedtak som god omsorg. Redselen for å fatte vedtak er mindre nå enn den var tidligere. Jeg tenker også at i motsatt fall, hvis man blir for redd for å fatte tvangsvedtak, kan det faktisk ende opp i en omsorgssvikt. Det kan oppleves som krenkende for pasienten når 3-4 fra personalet holder de under stell. Samtidig har vi sett hvor fornøyd pasienten kan være etterpå. Jeg ser på det som et gode for pasienten å få ivare tatt måten tvangsvedtaket utføres på, at det gjøres ordentlig.
Hvor går grensen?	Når jeg ser en pasient sitte med avføring oppover ryggen tenker jeg at det også handler om verdighet. Jeg synes det er vanskelig å vite når jeg skal gripe inn og hvor grensen til hva som er nødvendig helsehjelp går. Det er gjeme gjentatte episoder der nødverge benyttes. Det danner grunnlag for en diskusjon rundt hva som er forsøkt og om det er nødvendig helsehjelp. Det kan gjeme være utfordringer i starten med nye pasienter, men min erfaring er at vi alltid finner en metode for å ivareta pasienten, om så at vi trekker oss bort fra pasienten og prøver igjen senere. I vår avdeling er vi flinke til å jobbe med tillitsskapende tiltak og vi har brukt mye tid på refleksjon rundt når er nok nok og når det er god omsorg i å fatte et vedtak om tvang. Jeg opplever at det er forskjell på hvilken motstand pasienten utøver mot tvangsvedtaket. Noen ganger sier pasienten bare «nei» og da føles det ikke like fælt ut å gjøre. Jeg tror det kan være mye skjult tvangsbruk på sykehjem uten at en tenker over at det er tvang. Bare det å sette noen i rullestol inntil et bord som gjør at de ikke får reist seg opp er tvang. Hvis de ikke ønsker det selvfølgelig. Jeg tenker også at det å ha et tvangsvedtak betyr ikke at du får lov til å gjøre alt, det går jo grenser.

Kompetanse	
Subgruppe	Kondensat
Formell kompetanse	Jeg mener at kunnskap gir trygghet. Det at man har kunnskap gjør at man kan vite at man gjorde det riktige i situasjonen. Personalet må ha kunnskap om lovverket, men det er også mye annet som er viktig. Det varierer litt hva vi har fokus på i avdelingen, men det er mitt ansvar som avdelingsleder at personalet har nødvendig kompetanse og vet hva de skal gjøre når situasjoner oppstår. Jeg kan bli spesielt bekymret når jeg har nye medarbeidere som er unge eller ikke har reflektert over utfordringer knyttet til å jobbe med mennesker med demens. Selv om vi har rutiner i rekrutteringen av nytt personal vet vi ikke hvordan det fungerer før vi faktisk ser de klinisk med pasientene. Selv om man har masse undervisning har jeg opplevd at ekstravakter har laget sine egne regler og ikke fulgt de prosedyrene vi har. Min kompetanse som leder gir personalet trygghet.
Personlig egnethet	Alt personalet gjør er forebyggende mot bruk av tvang. De bruker seg selv som et verktøy i møtet med pasienten. Det holder ikke å ha den formelle kompetansen hvis du ikke kan omforme den til handling. Jeg ser at evnen til empati er noe av det viktigste hos oss. De opparbeider seg tillit over tid og skaper relasjon med pasienten. Jeg ser fort hvis det er en medarbeider som ikke evner dette, da blir det mer utagering fra pasienten. Jeg må ha personale som virkelig brenner for å jobbe med mennesker med demens og som genuint ønsker å gjøre en forskjell i hverdagen til pasienten – gullpersonene.

4.3.4 Trinn 4

I fjerde og siste trinn av analysen skal kondensatet brukes som et arbeidsnotat for resultatpresentasjonen. Datamaterialet i sin helhet gjennomgås systematisk. Spørsmålet som stilles er hva tekstene kan fortelle om problemstillingen (Malterud, 2018, s. 107).

Matrise som viser eksempel på hvordan den meningsbærende enheten ble systematisert gjennom hele analyseprosessen:

Meningsbærende enhet	Foreløpig tema (trinn 1)	Kodegruppe (trinn 2)	Subgruppe (trinn 3)	Resultat (trinn 4)
«Så det å få tak i de der gullpersonene er så utrolig viktig»	«Forebyggende faktorer»	«Kompetanse»	«Personlig egnethet»	«Det handler om å finne gullpersonene»
«Ja, først og fremst er det vanskelig dette med til fare for liv og helse. Hvor går grensen? Når skal man gripe inn. Det er det jeg kanskje synes er mest vanskelig»	«Dilemma»	«Faglige og etiske dilemma»	«Hvor går grensen?»	«Frivillighet eller tvang – en balansekunst»

I trinn 4 av analysen ble subgruppene i kodegruppen «Faglige og etiske vurderinger» slått sammen. Det ble vurdert slik at subgruppen «Tvang = god omsorg?» hadde for få meningsbærende enheter til å stå som et selvstendig resultat, men allikevel viste en viktig nyanse. Derfor inkluderes denne nyansen i resultater under overskriften «Frivillighet eller tvang – en balansekunst».

Matrisen viser hvordan de foreløpige temaene (trinn 1) ble utviklet til koder (trinn 2), videre til kodegrupper og subgrupper (trinn 3) og til slutt resultat kategorier (trinn 4).

Trinn 1 – intuitive temaer	Trinn 2 – intuitive temaer til koder og sortering	Trinn 3 – fra koder til abstrahert meningsinnhold		Trinn 4 – fra kondensering til syntese
<ul style="list-style-type: none"> • Tverrfaglig samarbeid • Dilemma • Avdelingsleders ansvar • Rammefaktorer • Lederstøtte • Lovverk • Forebyggende faktorer 	<ul style="list-style-type: none"> • Rammefaktorer (trinn 1 rammefaktorer og lovverk) • Avdelingsleders rolle (trinn 1 avdelingsleders rolle, lederstøtte og tverrfaglig samarbeid) • Dilemma • Forebyggende faktorer 	<i>Kodegruppe</i>	<i>Subgruppe</i>	3 resultat kategorier: <ul style="list-style-type: none"> • Å stå mellom barken og veden i et komplekst fagfelt • Frivillighet eller tvang – en balansekunst • Det handler om å finne gullpersonene
		Avdelingsleders rolle og ansvar	Systemet avdelingsleder jobber innenfor	
			Å lede avdelingen	
		Faglige og etiske vurderinger	Tvang = god omsorg?	
		Hvor går grensen?		
		Kompetanse	Formell kompetanse	
			Personlig egnethet	

4.4 Forskningsetiske vurderinger

Det var ikke nødvendig med godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) da denne studien ikke innebærer «*medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger*» (Helseforskningsloven, 2008, §2).

Studien behandler alminnelige personopplysninger og ble meldt inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Dette i samsvar med Universitetet i Sørøst-Norge (USN) sin retningslinje om behandling av personopplysninger (2019). NSD vurderte at studien behandler personopplysninger i samsvar med personvernlovgivningen den 22.12.20.

Selv om studien ikke måtte godkjennes gjennom REK, er det allikevel viktige etiske vurderinger og hensyn som må ivaretas. Særlig i møte med mennesker, der den ene parten forteller om sine erfaringer, følelser, holdninger, tanker og refleksjoner – altså sitt privatliv, er det viktig at dette tas imot og forvaltes på en etisk god måte. Når deres beskrivelser også skal deles offentlig, som i intervjuforskning, kan det særlig være bakgrunn for etiske problemer (Kvale og Brinkmann, 2018, s. 97).

I møte mellom mennesker kan det oppstå tillit, og tilliten må ivaretas og forvaltes på en god måte. Jeg opplevde at alle informantene i studien var svært åpne og utviste stor tillit under intervjuene, til tross for at intervjuene ble gjennomført digitalt med lyd og bilde. Jeg hadde heller ingen relasjon til informantene i forkant av intervjuene. De delte både av sine positive og negative erfaringer i arbeidet med å forebygge bruk av tvang, delte eksempler fra klinisk praksis og var åpne om hvilke utfordringer de opplevde som ledere. Noen av informantene fortalte om opplevelse av manglende støtte i sin rolle. I en slik tillitsfull relasjon som ble til under intervjuene kan det tenkes at informantene fortalte mer enn de egentlig ønsket. Det at jeg var interessert i deres hverdag kan muligens åpne for at informantene delte mer enn de i ettertid er komfortable med (Kvale og Brinkmann, 2018).

I intervjuforskning skal forskeren vurdere hvilke konsekvenser offentliggjøring av studien vil kunne ha for informantene og for institusjonen informantene representerer (Kvale og Brinkmann, 2018, s. 97). Da intervjuene var transkribert valgte jeg å sende informantene sitt transkriberte intervju.

Dette var fordi jeg ønsket å vise informantene hvordan det de hadde sagt i intervjuene var blitt overført til tekst. Jeg ønsket med dette å ivareta tilliten de hadde vist meg under intervjuet, ved å vise at transkripsjonen var gjort nokså ordrett og at det de faktisk sa var det som stod i transkripsjonen.

På en annen side kan denne måten å dele data på true den frie og uavhengige forskningen. I dette tilfellet hadde ikke informantene ønsker om endringer eller korrigeringer på transkripsjonene. Dersom de hadde hatt innvendinger, kunne det oppstått en situasjon der forskningen hadde blitt ønsket sensurert fra en eller flere av informantene. I et slikt tilfelle ville jeg søkt bistand fra min veileder for å kunne håndtere situasjonen på god måte.

4.4.1 Informert samtykke

Deltagelse i studien baseres på et informert samtykke. Alle informantene var over 18 år og alle informantene har signert samtykkeskjema for å delta. Dette i tråd med retningslinjene til USN (2019). Alle informantene ble informert om de kunne trekke samtykket tilbake når som helst uten å oppgi grunn til det.

I forkant av intervjuene fikk informantene skriftlig og muntlig informasjon. Den skriftlige informasjonen bestod av informasjonsskriv (vedlegg 3). Den muntlige informasjonen ble gitt enten i telefonsamtale i forkant av intervju eller i forbindelse med intervjuet. Informasjonen var en muntlig fremstilling av informasjonsskrivet. De ble informert om hvem som ville få adgang til informasjon om dem og om mulig publisering av resultater i etterkant, slik Kvale og Brinchmann beskriver (2018, s. 104-106).

4.4.2 Databehandling

Personopplysninger om informantene, som navn, mailadresse og telefonnummer og signert samtykkeskjema, har blitt oppbevart på en kryptert og passordbeskyttet minnepinne. De transkriberte intervjuene har også blitt oppbevart på kryptert og passordbeskyttet minnepinne, men adskilt fra personopplysninger. Det er bare jeg som kjenner passordet til minnepinnene. Underveis i arbeidet med oppgaven har de to krypterte minnepinnene blitt oppbevart i låst skap.

Dette for å sikre konfidensialitet og at informantene ikke kan bli identifisert. I transkripsjonene og i oppgaven har informantene fått et tall fra 1-4, og omtales ikke med navn noe sted. Alle navn på steder, personer eller institusjoner som kan identifisere informanten er anonymisert både i transkripsjon og oppgaven.

Intervjuene ble gjennomført digitalt med lyd og bilde via Zoom. Lydopptak ble gjort via UiO sin nettskjema-diktafon som er godkjent av Universitetet i Sørøst-Norge. Lydopptakene ble automatisk slettet etter 90 dager, og ble ikke lagret. Det ble ikke gjort videoopptak av intervjuene.

Gjennom hele analyseprosessen har det vært viktig å være lojal mot det informanten faktisk sa i intervjuet. Det har vært en kontinuerlig prosess gjennom hele masteroppgaven og særlig gjennom analysen, å gå tilbake til den transkriberte teksten for å undersøke om det informanten faktisk sa samsvarer med slik uttalelsen har blitt tolket gjennom analysen. I dette arbeidet med å kvalitetssikre informantenes utsagn, har matrisene og det arbeidet jeg gjorde for å gjøre det lettere å finne tilbake i dataaterialet vært til stor hjelp. Transkripsjonene vil behandles i henhold til Universitet i Sør-Øst-Norges retningslinjer for personvern.

4.4.3 Troverdighet

Reliabilitet, eller troverdighet i forskningen, viser til om en annen forsker, på et annet tidspunkt og med det samme datamaterialet, vil kunne gjøre samme funn ved å følge samme metode. Troverdighet handler om at resultatene i studien er konsistente (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 276).

I kvalitativ intervjuforskning vil forskeren selv være svært viktig. Kvale og Brinkmann (2018, s. 277) skriver at intervjuforskning er et håndverk, og at forskerens ferdigheter, moralske integritet og troverdighet spiller en sentral rolle. Slik sett handler troverdighet i kvalitativ intervjuforskning om mer enn metoden som benyttes, eller om funnene kan gjenskapes på et senere tidspunkt.

I utarbeidelsen av intervjuguide ble spørsmålene og spørsmålsformuleringene jobbet mye med. Jeg fikk veiledning av veileder slik at spørsmålene i størst mulig grad var åpne, men samtidig omhandlet tema som var relevante for oppgavens problemstilling. Gjennom de spørsmålene som ble stilt, og

måten de ble stilt på, ønsket jeg å stimulere til åpenhet, refleksjon og samtale. I selve intervjusituasjonen hadde jeg fokus på å unngå å ytre egne meninger rundt tema dersom jeg var uenig i vurderingene informantene fortalte om. I disse situasjonene var det min egen forforståelse som viste seg, og jeg måtte minne meg selv på at det var informantenes opplevelser, erfaringer og vurderinger jeg var nysgjerrig på og ønsket å undersøke. I stedet for å uttrykke uenighet, stilte jeg heller oppfølgingsspørsmål for å undersøke vurderingene og erfaringene mer i dybden.

Masteroppgaven er min første erfaring med forskningsprosessen. Fra klinisk arbeid som sykepleier kjenner jeg fagfeltet godt, men det å forske var nytt og ukjent farvann. Det har hele tiden vært fokus på å være transparent i arbeidet og be om veiledning når det har vært behov for det. Der jeg har gjort endringer fra opprinnelig prosjektplan, eller hvor valg har blitt foretatt underveis i skrivingen, har jeg beskrevet endringer og begrunnelser for å vise en transparens i forskningsprosessen.

Analyseprosessen har fulgt Malterud (2018) sin systematiske tekstkondensering. Denne analysemetoden følges trinnvis, og kan egne seg godt for uerfarne forskere (Malterud, 2018). I analyseprosessen har jeg utarbeidet ulike matriser for å blant annet kunne følge meningsbærende enhetene hele veien gjennom analysen. Dette har vært til stor hjelp underveis i forskningsprosessen, og spesielt i kondensatene, resultatpresentasjon og diskusjonsdelen av masteroppgaven. På den måten har jeg gjennom hele prosessen kunne kontrollere om den meningsbærende enheten er forstått, tolket og analysert presist sett opp mot konteksten den kom frem i.

4.4.4 Gyldighet og overførbarhet

En studies overførbarhet (ekstern validitet) omhandler hvorvidt studiens resultater har en gyldighet utover denne studiens utvalg. For å kunne vurdere studien som overførbar, er det nødvendig at studien har høy validitet og reliabilitet. I kvalitativ forskning påvirkes ofte forskningsprosessen av forskerens person, og det må erkjennes at flere gyldige versjoner av kunnskapen finnes. I kvalitativ forskning kan målet være å forstå noe helt konkret i dybden, og ikke nødvendigvis at funnene skal være direkte overførbare (Malterud, 2018, s. 24). Informantene i studien jobbet på sykehjem både i

store byer, men også på mindre steder. Alder varierte med omtrent 20 år fra den yngste til den eldste. Alle informantene var kvinner som var utdannet sykepleier med videreutdanning.

I kvalitativ forskning er det ofte slik at forskeren ikke kan svare «ja» eller «nei» på om resultatene er sanne. Det som er viktig er å identifisere hva resultatene kan gi sannhet om og hva datamaterialet kan si noe om – intern validitet. Her er relevans et sentralt begrep (Malterud, 2018). Om denne studien hadde vært gjennomført av en annen person, med en annen bakgrunn eller temmelig lik bakgrunn, men med en annen forståelseshorisont, kan det tenkes at resultatene ville vært annerledes. Etter gjentatte gjennomlesninger av datamaterialet, en nøye gjennomført analyseprosess og bevissthet rundt min egen forskerrolle, mener jeg allikevel at det som har kommet frem i denne studien kan dekke noe av kunnskapshullet som handler om avdelingslederens erfaringer med forebygging av bruk av tvang i norske sykehjem.

Informanter som deltar i studien, vil påvirke funnene i studien. Det er mulig resultatene ville vært annerledes dersom andre informanter deltok. Det er nærliggende å tenke at avdelingslederne som samtykket til å delta opplever at de kjenner temaet godt. Det kan være slik at informantene selv mener de har mye erfaring som bør komme frem og/eller at de har en god klinisk praksis på å forebygge bruk av tvang som de ønsker å dele med andre. I tillegg er det nærliggende å tenke at avdelingslederne som ønsket å delta interesserer seg spesielt for emnet, og derigjennom muligens tematiserer bruk av tvang og etiske dilemmaer i større grad i sin avdeling (Malterud, 2018, s. 23).

Denne studien hadde til hensikt å undersøke avdelingslederens erfaringer. Kvalitativ metode med semistrukturerte intervjuer vurderes som en relevant metode for å undersøke dette. Studiens utvalg var lite – 4 avdelingsledere. Både på grunn av masteroppgavens størrelse og tiden som var satt av til å ferdigstille den, mener jeg at utvalget med 4 informanter kan forsvares.

Studiens resultater har sannsynligvis ingen direkte overføringsverdi til anvendelse for *alle* avdelingsledere på alle sykehjem i Norge. I midlertidig er det et stort ønske at erfaringene informantene har delt kan deles med flere. De informantene som deltok har sørget for en rik beskrivelse av sine erfaringer, og det har kommet frem flere interessante aspekter. Resultatene som presenteres gjennom analysen og diskusjonen, sammen med aktuell forskning på feltet, kan bidra til en økt forståelse for tema. Det er et felt innenfor sykepleie som det trengs mer forskning

på da det er gjort lite forskning tidligere på *avdelingslederes erfaringer* med å forebygge tvang. Resultatene fra denne studien kan være et lite bidrag for å inspirere til videre forskning på dette feltet.

5 Resultater

Gjennom analyse av datamaterialet har det kommet frem 3 resultat kategorier. Kategoriene er «Frivillighet eller tvang – en balansekunst», «Å stå mellom barken og veden i et komplekst fagfelt» og «Det handler om å finne «gullpersonene»». Resultatkategoriene presenteres videre i dette kapittelet.

5.1 Frivillighet eller tvang – en balansekunst

Alle informantene ga uttrykk for at balansen mellom frivillighet og tvang i helsehjelpen som gis var utfordrende – det er vanskelig å definere hvor grensen går og når «nok er nok». Alle informantene mente at de jobbet godt med tillitsskapende tiltak og at prosessen i forkant av å fatte tvangsvedtak jobbes systematisk med, gjerne tverrfaglig. Legen var en viktig ressurs og samarbeidspartner i dette arbeidet. Alle informantene inkluderte ulike fagpersoner i personalgruppen i arbeidet både før tvangsvedtaket ble skrevet og i utarbeidelsen av tvangsvedtaket. I forkant av at det ble vurdert å skrive tvangsvedtak skjedde det flere konkrete episoder der det ble vurdert om nødvergeparagrafen skulle benyttes eller om det ble mer hensiktsmessig å trekke seg ut av situasjonen.

Flere av informantene benyttet seg av faste møtepunkter for personalgruppen der utfordrende pasientsituasjoner diskuteres faglig og etisk. Dette møtetpunktet var gjerne en fast dag i uken der personalet ble oppfordret til å delta. Et annet fokusområde var terapeutisk mestring av vold, der avdelingen hadde egne kontaktpersoner i personalgruppen.

Flere av informantene reflekterte rundt begrepet «nødvendig helsehjelp». Refleksjonen belyste alt fra hva som omfattes av begrepet «nødvendig helsehjelp» og forståelse av lovverket, og til at det var å akseptere at dagens hygienekrav var annerledes enn hygienekravene til generasjonen som nå er de eldste. En informant sa det på denne måten:

«Jeg tenker på at man må akseptere at situasjonen er utenfor egen standard da. Både sånn i forhold til hvordan man skal ha det rundt seg og det er ikke helt A4-folk. Og de kommer fra noe helt annet

enn de fleste er vandt med, men det er kanskje helt greit. Og det at man har en aksept for at folk er annerledes og at det er greit».

Flere av informantene fortalte at dialogen med personalgruppe og andre fagpersoner gjorde at terskelen for å fatte tvangsvedtak ble lavere og det ble mindre skummelt. Det tverrfaglige samarbeidet bidro til økt trygghet i vurderingene som ble gjort. Et tvangsvedtak medførte ikke at helsepersonellet kunne gjøre som de selv ville, men det kunne føre til økt refleksjon rundt om helsehjelpen som ble gitt var frivillig eller ikke og om den var nødvendig.

Situasjonen som ble gjentatt som den største utfordringen var hjelp til personlig hygiene. En av informantene uttalte: *«når pasienten kanskje sitter med avføring oppover ryggen og ikke vil stelle seg. Da må noen kunne beslutte når det er riktig å gjøre noe med det».*

I skjæringspunktet mellom nødvendig helsehjelp og omsorgssvikt var det flere av informantene som hadde reflektert rundt tvang som god omsorg. Flere fortalte om vurderinger rundt hvor langt det skulle gå før det å ikke handle ble en form for omsorgssvikt. Flere uttrykte at *graden* av motstand fra pasienten ble vurdert, og at en *mild* tvangsbruk var mindre utfordrende å gjennomføre.

En informant sa:

«(...) også fordi tvangsbruken her blir relativt mild. Altså det er bare det at pasienten egentlig sier «nei». Det er ikke noe sånn... også kan hun slå litt... litt... men det er ikke mye. Også med en gang du er ferdig etterpå så er hun fornøyd. Sånn at det er ikke noe sånn... altså... det er ikke fælt å gjøre det. Hvis du skjønner...».

Informantene beskrev at de jobbet mye med å finne handlingsalternativer i situasjoner der pasientene motsatte seg helsehjelp. Personalet hadde tilegnet seg ferdigheter som kunne snu pasientens motstand til å bli et samarbeid. Dette handlet mye om kunnskap om pasienten, men også erfaringskunnskap som ble tilegnet gjennom klinisk arbeid med pasientgruppen. For eksempel sa en av informantene at de hadde sine «triks» når en pasient «lettere» nektet å dusje, men som gikk an å snu av personalet i avdelingen. De satt pasienten på en stol i dusjen med t-skjorte og bukse på, og satt på vannet. Pasienten ble våt på t-skjorta, *«... og da tok hun automatisk av seg, ikke sant».* Dette omtales som en metode for å få pasienten til å samarbeide om personlig hygiene.

5.2 Å stå mellom barken og veden i et komplekst fagfelt

Flere av informantene var helt tydelige på hva deres ansvarsområde var. Ansvarsområdene inkluderte å sikre riktig kompetanse og kunnskap, undervisning og kompetanseutvikling, å organisere avdelingen med struktur og rammer og å være en støtteperson for sitt personale. Avdelingslederne måtte balansere hensynet til pasienten, hensynet til personalet og hensynet til institusjonen i form av økonomi og krav til tjenestene.

Alle informantene fortalte at de var delaktige i å skrive tvangsvedtak, og at de hadde et særlig ansvar i å sikre tilstrekkelig dokumentasjonen i forkant av å skrive tvangsvedtak. Flere sa at de var helt avhengig av en nøyaktig og detaljert dokumentasjon av hva som hadde vært forsøkt for å kunne skrive et tvangsvedtak som ikke ble overprøvd av Fylkesmannen.

Alle informantene var seg bevisst sitt ansvar rundt faglig forsvarlighet og nødvendig kompetanse som avdelingsleder. Ansvaret startet i ansettelsesprosessen av nye medarbeidere med å kartlegge kompetanse og egnethet for jobben. I dette arbeidet brukte de case for å undersøke blant annet refleksjonsnivå og -evne i vanskelige etiske situasjoner. Videre kom det frem at kompetanseutvikling skjedde både internt gjennom faglunsj med andre faggrupper og interne kurs og eksternt gjennom sykepleierfaglige videreutdanninger.

Flere av informantene fortalte at det kan være ensomt å inneha rollen som avdelingsleder på sykehjem. Det opplevdes å være vanskelig å finne en støtteperson og å kunne føle 100 % den støtten som trengs som avdelingsleder. Det ble nevnt at eksterne samarbeidspartnere, som Fylkesmannen, ikke sto pasienten nært nok til å kunne forstå pasientens helhetssituasjon når avdelingslederne hadde behov for råd eller veiledning. Det kommer frem at flere av informantene ikke nevner overordnet leder eller andre avdelingsledere internt på sykehjemmet som en støtte. Det ble heller ikke nevnt noe om ledergrupper hvor avdelingsledere kunne hente støtte. Derimot sa flere at eksterne aktører som Fylkesmannen og avdelinger i spesialisthelsetjenesten var en støtte. Alle sa at legen var en god støtte, og en av informantene sa at legen i deres avdeling var spesielt interessert i hvordan forebygge bruk av tvang.

En av informantene omtalte samarbeid med eksterne aktører i kommunen som en «kamp», og at avdelingens observasjoner og vurderinger ikke alltid var tilstrekkelig i for eksempel ny vurdering av omsorgsnivået til ulike pasienter. I svært utfordrende situasjoner der avdelingsleder så at pasienten hadde behov for høyere omsorgsnivå, måtte avdelingsleder vise til at helsepersonell i spesialisthelsetjenesten hadde uttalt at dette var nødvendig før avdelingsleder ble hørt internt i kommunen.

Det å levere «oppover» var også noe informantene fortalte om. De kunne oppleve at det kom krav fra overordnet ledelse, for eksempel i forbindelse med tilsyn fra Fylkesmannen. Samtidig opplevde avdelingslederne å ikke blir hørt i at de hadde behov for ulike ting, for eksempel bedre utforming på skjermingsrom, i forbindelse med å kunne levere det som var ønsket «oppover». Denne samhandlingen ble opplevd som vanskelig av informantene.

Flere av informantene belyste utfordringen med å balansere pasientens utagerende atferd og personalgruppens behov for sikkerhet. I det at rutinene på avdelingen var fleksible og tilpasset individuelle behov for pasientene, måtte personalgruppen strekke seg langt for å ivareta pasientenes behov, samtidig som de kunne stå i situasjoner hvor de selv ble utsatt for fare. En av informantene uttalte: *«(...) det er jo vanskelig å stå i situasjoner selv om man har sikkert blitt slått mange ganger, men det å få et ordentlig slag i ansiktet gjør jo noe med deg som person. Selv om du vet at personen er syk».*

Flere av informantene sa de brukte tid når nye pasienter ankommer avdelingen til å reflektere, vurdere og revurdere adekvate tiltak. De brukte tid til å bli kjent og å skape en tillitsfull relasjon mellom pasient og personalet. To nevnte spesielt personlig kjemi; pasienter likte noen ansatte bedre enn andre, og de vurderte da muligheten for å bytte personale når de så behov for det.

5.3 Det handler om å finne «gullpersonene»

Alle informantene mente at kunnskap gir trygghet og at leders trygghet kan påvirke personalet positivt. Flere av informantene sa at det ga mindre uro og utagering med helsepersonell med kompetanse og kjente ansatte for pasientene på jobb. Informantene beskrev at VIPPS-rammeverket ble benyttet og at det ukentlig ble satt av tid til refleksjonsgrupper i personalgruppen der utfordrende situasjoner ble diskutert. Det ble nevnt ulike typer undervisning internt, og alle informantene sa at de selv hadde ansvar for undervisning av sitt personale.

Alle informantene sa den at formelle kompetansen til helsepersonell var helt grunnleggende for å kunne forstå pasienten, pasientens symptombilde og grunnleggende kunnskap om lovverket. Flere sa at den formelle kompetansen allikevel ikke var tilstrekkelig dersom personalet ikke ville bruke seg selv som et «verktøy» i samhandlingen med pasientene. De sa at den formelle kompetansen måtte omsettes til handlingskompetanse til det beste for pasientene.

Flere av informantene beskrev at grunnleggende kunnskap om lovverket, var vesentlig kompetanse hos personalet. Flere sa at de opplevde det som utfordrende med nye medarbeidere eller ekstravakter. Avdelingslederne uttrykte en usikkerhet rundt om det nye personalet hadde tilstrekkelig kompetanse og refleksjonskompetanse. I den forbindelse ble det nevnt at personale som har hadde vært lenge i avdelingen var faddere og rollemodeller for de nye.

Flere sa at de faste ansatte har både kunnskap og forståelse for hvordan lovverket skulle anvendes og forstås i ulike situasjoner, men at hovedutfordringen rundt dette tema var med nye medarbeidere eller ekstravakter. En av avdelingsledernes utfordringer var å vite hvordan kompetansen i avdelingen er til enhver tid. De uttrykte bekymring for om unge medarbeidere eller ekstravakter hadde reflektert på samme måte som de som hadde jobbet i avdelingen over lengre tid. Særlig var bekymringen rettet mot hva lovverket sier og manglende kjennskap til samtykkekompetanse og grad av motstand fra pasientene som motsetter seg helsehjelpen.

Informantene beskrev at personalet er forskjellig. De opplevde at det faste personalet som kjente til lover og regler, følger det. Samtidig var det en utfordring med personale som «gjør det som passer dem». For leder kunne det være vanskelig å fange opp slik atferd i en hektisk hverdag. En av

informantene ga følgende eksempel: «(...) Men da har det vært noen få ganger at de har tatt for å ha satt en stol utenfor rommet fordi de skulle gå, ikke sant. (...) Så det er mange som på en måte tolker reglene litt til sitt eget beste da for å få en best mulig arbeidsdag da. Så det kan være en utfordring».

Flere av informantene belyste behovet for kommunikasjonsferdigheter hos personalet. Eksempelvis nevnte en informant at måten spørsmål stilles på kunne avgjøre utfallet av hvordan pasienten responderte. En annen informant sa at det jobbes systematisk med relasjonsferdigheter, tillit og kommunikasjonsferdigheter ved bruk av ICDP (International Caregiver Development Programme). Flere av informantene sa at det jobbes med å skape gode, tillitsfulle relasjoner mellom pasient og personalet.

Alle informantene bekreftet behovet for mer enn formell kompetanse. I arbeidet med personer med demenssykdom var den *personlige egnetheten* i kombinasjon med formell kompetanse og handlingskompetanse viktig. Personalet måtte evne, og ønske, å bruke seg selv som et verktøy i samhandlingen med pasienten. Flere belyste behovet for å være fleksibel og å kunne omstille seg raskt da hverdagen var uforutsigbar, og det var pasientens behov og tilgjengelighet som styrte arbeidshverdagen.

Det handlet både om å inneha kunnskapen og kompetansen, men også om å ha evnen til å omsette teoretisk kunnskap til handling. De personlige egenskapene som evnen til å skape gode relasjoner basert på tillit, og empati ble fremhevet som viktig i arbeidet med mennesker med demens. En av informantene beskriver dette som å finne «gullpersonene»:

«Men du må ha de medarbeiderne som virkelig brenner for personer med demens. Som brenner for å gjøre den forskjellen i hverdagen til beboeren (...) Så det å få tak i de der gullpersonene er så utrolig viktig» (3, s. 6, Linje 177-179, 182-183).

6 Diskusjon

I dette kapittelet drøftes resultater fra studien opp mot relevant litteratur presentert tidligere i oppgaven. Temaer som vektlegges er gråsonene som befinner seg mellom frivillighet og tvang, hvordan tvang kan være god omsorg og etisk kompetanse og etisk ledelse.

Konkrete kliniske situasjonene som deltakerne nevnte i intervjuene brukes i deler av diskusjonen.

6.1 Frivillighet eller tvang – en balansekunst

Samtlige deltakere i studien uttrykte utfordringer rundt balansegangen mellom frivillighet og tvang. Utfordringen var knyttet til hvor grensen går med tanke på det juridiske rammeverket som helsehjelpen faller inn under og konkrete kliniske situasjoner. De juridiske føringene vil ofte ikke gi noe fasitsvar på hvordan vanskelige etiske dilemmaer i kliniske situasjoner skal løses, og herigjennom vil både avdelingsledere og ansatte bli stilt overfor vurderinger og beslutninger om nødvendige tiltak som er tuftet på etisk kompetanse, faglig kompetanse, faglig skjønn og erfaringer i tillegg til juridiske føringer.

Kari Martinsen (2012a) mener at avhengigheten av andre mennesker er det mest grunnleggende i menneskers liv. Omsorg er en forutsetning for menneskelig liv. Det er en forventning om at mennesker skal ta vare på hverandre. Jo mer hjelpetrengende man er, jo mer avhengig blir man av andres omsorg. Gamle mennesker med demens på sykehjem har et stort hjelpebehov, og de er helt avhengig av hjelperens omsorg. Dermed er den gamle i en svært sårbar posisjon og er prisgitt at hjelperens vurderinger baseres på hva som er til den gamle, skrøpeliges beste. Den gamle er avhengig av at hjelperen har interesse for seg og fokuserer på å ivareta den gamles behov og ønsker. Hvis ikke kan omsorgen oppleves både invaderende og krenkende. For å yte god omsorg kreves det både kunnskap og ferdigheter, herunder kunnskaper om pasienten som har behov for hjelp.

6.1.1 Å få hjelp til å ivareta personlig hygiene

Flere av informantene trakk frem eksempler knyttet til ivaretagelse av pasientens personlige hygiene som utfordrende. En informant beskrev det slik:

«Når pasienten kanskje sitter med avføring oppover ryggen og ikke vil stelle seg. Da må noen beslutte når det er riktig å gjøre noe med det».

Informantene ga flere eksempler på hvordan personalet jobbet for å finne løsninger og handlingsalternativer i situasjoner der pasienten motsetter seg helsehjelpen som tilbys rundt å ivareta personlig hygiene. Blant disse eksemplene var det blant annet å starte dusjen med klær på. Når pasientens klær ble våte, kledde pasienten selv av seg frivillig. Dette ble omtalt som en «metode» som var etablert i avdelingen når pasienten skulle dusje.

Informantene fortalte at de opplevde det som utfordrende å vite hvor grensen går for når det er fare for vesentlig helseskade og når det er riktig å gripe inn. En informant forklarte det slik: *«... først og fremst er det vanskelig dette med fare for liv og helse. Hvor går grensen? Når skal man gripe inn?»*. En nyanse i dette som særlig én av informantene vektla, var det å akseptere at situasjonen er utenfor egen standard. Pasienten kan ha, og også tidligere i livet ha hatt, en annen standard for personlig hygiene enn det helsepersonellet som skal hjelpe har selv.

I situasjoner der pasienten ikke er tilgjengelig for å ta imot helsehjelpen, er det ikke nødvendigvis slik at lovteksten vil gi et klart svar på hva som er riktig å gjøre og hvor grensene går. Det vil være nødvendig å gjøre en helhetsvurdering av situasjonen; vil det å unnlate å gi helsehjelpen medføre vesentlig skade og vil det være det klart beste alternativet for pasienten å få hjelp til å vaske seg?

I situasjonen er det ofte tydelig for helsepersonell at den gamle har behov for hjelp. Spørsmålet blir *når*. Er det slik at det å vente i 10 minutter, 30 minutter eller 60 minutter vil medføre risiko for vesentlig helseskade? Ved å gi pasienten tid og ved å bruke tid på tillitsskapende tiltak som for eksempel å samtale, avlede, skape allianse – er det mulig at pasienten samarbeider og dermed mottar helsehjelpen frivillig?

Det er kjent at demenssykdom medfører tap av kognitive funksjoner. Det er vanlig at emosjoner og atferdsmønstre påvirkes ved demenssykdom. Hukommelsen er gjerne svært redusert, og det kan være svært utfordrende å skulle arbeide med tillitsskapende tiltak hos en pasient som ikke husker verken helsepersonellet eller situasjonen (Wyller, 2020; Engedal og Hauge, 2018). Det kan være et kort tidsintervall helsepersonell har til å vise seg pasientens tillit verdig.

Utviklingen og progresjon av demenssykdom kan oppleves skremmende for pasienten. I tillegg kan pasienten oppleve vrangforestillinger og/eller tidsforskyvning som gjør at det kan bli vanskelig for den gamle å forstå hva som faktisk er virkelig. Det stilles høye krav både faglig og personlig til hjelperen når det er kjent hvordan demenssykdom kan påvirke den gamle både somatisk, psykisk, emosjonelt og atferdsmessig. Grunnet blant annet hukommelsessvikt blir gjerne det tillitsskapende arbeidet *her og nå* – i akkurat de minuttene helsepersonellet er sammen med pasienten. Med dette i minnet viser det tydelig at det stilles høye krav til helsepersonellens evne til å skape tillit på svært kort tid og til vurderingene som tas fortløpende av hva som faktisk vil være til den gamles beste når helsepersonell og den gamle er uenige i hva som er hensiktsmessig og ikke.

Gjennom klinisk erfaring som fagsykepleier på sykehjem er det velkjent at tempoet er høyt, arbeidsoppgavene er mange og oppgavefokuset er stort – det er om å gjøre å få gjort unna morgenstell innenfor en viss tidsramme – og det å omstille seg til å jobbe med tillitsskapende tiltak kan oppleves utfordrende. Det krever at helsepersonell stopper opp og bruker av sin forståelse, empati, engasjement og tid for å nå inn til pasienten. Menneskemøter hvor pasientens integritet og verdighet ivaretas. Erfaringsmessig vil kunnskap om pasienten, om pasientens levde liv og pasientens preferanser og interesser spille en viktig rolle i det tillitsskapende arbeidet. Dette støttes av informantene i denne studien og av studien til Lejman et al (2013). Nøkkelen kan være å finne en inngang eller en åpning for å slippe inn og kunne få muligheten til å hjelpe.

Det er slike etiske dilemmaer avdelingslederne belyser, og som ikke kan direkte begrunnes i det juridiske rammeverket som avdelingsleder forholder seg til. På den ene siden kan helsepersonellet risikere å krenke en pasient dersom et stell blir utført mot pasientens vilje. Det nevnes av en informant at når tvang benyttes i stell, planlegges stellet nøye før det utføres og det utføres raskt slik at pasienten kommer raskt til ro etter at stellet er utført. Det kan medføre en risiko for at pasientens helsetilstand vil bli dårligere totalt sett dersom pasientens ønske etterkommes, og

resultatet kan bli en unnlattessynd og en holdning som kan minne om likegyldighet (Martinsen, 2012).

En av informantene uttaler at dagens sykehjemsbeboere ikke er «... helt A4». Dette utsagnet tolkes slik at dagens hygienekrav er av en annen standard enn da dagens sykehjemsbeboere var selvhjulpne. Dette utsagnet er det verdt å stoppe litt opp ved. For noen av dagens sykehjemsbeboere er kluten og såpestykket det de var vant med. Når de flytter inn på sykehjem er de stilt overfor et helt annet krav til hygiene. De skal dusje og vaske håret, gjerne hver uke. Å måtte kle seg helt naken foran mennesker som er ukjente, vil for de fleste oppleves invaderende og unaturlig. Når pasienten gjør motstand stilles det spørsmål om hvorfor det skjer?

En annen av informantene i denne studien undret seg over at en ny pasient ble veldig urolig i dusjsituasjonen. Pasienten ble utagerende og «vanskelig» i dusjsituasjonen, og pasientens ektefelle ble konsultert. Avdelingsleder sjekket ut med ektefellen om pasienten noen gang hadde vært utsatt for overgrep, noe som var nærliggende å tenke. Pasienten var ellers helt rolig og virket tilfreds på avdelingen. Her viser avdelingsleder at kunnskap om pasientens levde liv kan være av avgjørende betydning for hvordan helsehjelpen skal utføres. Det kan være traumer opplevd gjennom livet som uttrykkes i pasientens motstand, eller det kan være noe så enkelt som at det er ekko på badet, at pasienten blir skremt av å se seg selv i speilet eller at pasienten reagerer på måten helsehjelpen utøves på. Ved å bruke grunnleggende kunnskap hvor faget og skjønnsettes sammen for å finne de gode løsningene for pasientene, vil være med å gjøre hverdagen til pasientene bedre og ivareta deres behov for å sett og hørt. Pasientenes verdighet og integritet ivaretas.

Historien forteller ingenting om resultatet av denne undringen og utsjekken, men det gjør ikke poenget mindre. Det er verdt å undre seg over hvorfor pasienten ikke ønsker å dusje. Det er kjent at demenssykdom kan medføre både tidsforskyvning og vrangforestillinger (Engedal, 2016). Kan det tenkes at pasienten i en situasjon der de skal dusje opplever å være et annet sted, i en annen tid, i en annen situasjon? Dagens eldste eldre har opplevd å være unge under en verdenskrig og har ofte med seg en spesiell historie grunnet dette.

Hverdagslige gjøremål, som å dusje, kan vekke assosiasjoner hos en person med demens som ikke er orientert for reel situasjon. Dette er verdt å undre seg over klinisk, og sykepleiere trenger

kunnskap om pasientens historie og bakgrunn. Det vil være hjerteskjærende om opplysninger om for eksempel en arrestasjon under krigen er ukjente for personalet som skal ivareta pasientens personlige hygiene. Demensdiagnosen kan gjøre at pasienten opplever det traumatiske med arrestasjonen hver gang pasienten får hjelp til å dusje. Uten en innsikt, kunnskap og forståelse for historien og den tiden dagens sykehjemsbeboere vokste opp i, kan det oppstå situasjoner som pasientene reagerer negativt på.

Det kan være på sin plass å utfordre dagens praksis hvor sykehjemsbeboere skal få tilbud om å dusje én gang i uka. Noen ønsker å dusje oftere, andre ønsker ikke å dusje. Flere av informantene i denne studien sa at det var stellesituasjoner som ga de fleste situasjonene hvor grensegangen mellom frivillighet og tvang kom opp som etisk vanskelig. Det er andre måter å ivareta personlig hygiene på. En full kroppsvask vil for noen sykehjemsbeboere være mer gjenkjennbart. Dersom pasienten motsetter seg å dusje; vil det gi helsepersonell mulighet til å gi helsehjelpen ved bruk av tvang fordi det å ta seg en dusj er «dagens standard»? Er det slik at den ukentlige dusjen er nødvendig helsehjelp, eller vil en full kroppsvask én gang i uka med vaskefat, såpestykke og klut gjøre samme nytten?

Kunnskap om demenssykdom og symptomer som blant annet hukommelsessvikt kan påvirke pasienten (Wyller, 2020), og da kan det være nyttig å forsøke å stimulere pasientens evne til gjenkjenning der såpestykket og kluten kan være det kjente. Dette vises i eksempelet til en av informantene der pasienten sitter på en stol og blir våt på t-skjorta - vedkommende kler av seg frivillig. Et såpestykke og en klut er det Martinsen (2003a) beskriver som «tingene» sykepleier bruker i sin praksis for at pasienter skal bruke sine ressurser og gjenkalle minner. Når målet er å ivareta personlig hygiene kan det være nyttig å reflektere rundt om dagens praksis alltid er den beste for pasientene.

Hva så med de situasjonene hvor samarbeid er umulig? Etter gjentatte ganger med tillitsskapende tiltak, observasjoner av tilgjengelighet hos pasienten og behovet for helsehjelp er prekær? Som når pasienten sitter med avføring oppover ryggen og avslår all form for helsehjelp?

Når tvang anses som det beste handlingsvalget ut ifra en faglig vurdering og etter å ha forsikret seg om at tillitsskapende tiltak er forsøkt, er det den svake paternalismen som ligger til grunn for

handlingsvalget. Omsorgen utfordres av muligheten for å komme i en vippeposisjon som enten kan resultere i å benytte tvang eller å begå unnlattelsessynder (Martinsen, 2012).

Å stå i en vippeposisjon mellom bruk av tvang eller likegyldighet og unnlattelsessynder, er et dilemma som helsepersonell må være oppmerksomme på i møte med pasientene. Når pasienten er helt avhengig av helsepersonellens omsorg, er det viktig at de handlingsalternativene som velges er tuftet på både fagkunnskap og et faglig skjønn. Helsepersonellet foretar en situasjonsanalyse hvor valget blir det handlingsvalget som anses å være til det som vil gagne pasienten både på kort og lang sikt. På denne måten kan tvangsbruk forsvares i enkelte situasjoner hvor «alt» annet er prøvd gjentatte ganger eller der hvor situasjonen tilsier at pasienten trenger hjelp mot sin vilje, til sitt eget beste. I situasjonen der pasienten sitter med avføring langt oppover ryggen, er det nødvendig å gi helsehjelp. Konsekvensen av å ikke gi helsehjelpen er større, og konsekvensene for pasienten kan bli vesentlig helseskade.

Kari Martinsen (2012b) beskriver at utfordringen i omsorg er å stå i en vippeposisjon mellom å gjøre den andre godt og å innfri den andres forventning. Helsepersonellet vet i kraft av sin fagkompetanse og skjønnsmessige vurdering av situasjonen, at pasienten har behov for å stelle seg. Helsepersonellet vet også at å unnlate å gi pasienten hjelp med stell kan medføre risiko for vesentlig helseskade, for eksempel som konsekvens av inkontinens. Dette kan på sikt, etter gjentakelser, føre til omsorgssvikt. Å unnlate å gi helsehjelp når pasienten står i fare for å pådra seg sykdom, smerter og lidelse, er det Martinsen (2016b) kaller for unnlattelsessynder og likegyldighet.

Én av informantene i denne studien nevnte at det å bli slått i ansiktet gjør noe med en ansatt. Det er selvfølgelig sant, og ingen verken fortjener eller liker å bli slått. På en annen side er det et lederansvar å tilføre kompetanse slik at de fleste av slike situasjoner unngås i den praktiske hverdagen. Hva skal til for å bygge en tillitsfull relasjon til pasienten? Er det noen i avdelingen som får det til, og er det noe de andre kan lære av det? Det var flere av avdelingslederne i denne studien som trakk frem at måter å gjøre ting på var like viktig som å få tingene gjort; hva slags tilnærming og hvilke metoder er smarte å bruke for at pasienten skal få nødvendig helsehjelp og for å verne de ansatte fra uønskede hendelser og i verste fall ulykker på jobb?

Flere informanter i denne studien og avdelingsledere i studien til Myhre et al (2020) belyser at omsorgssvikt forekommer i norske sykehjem. I denne studien anslås det en prevalens for ulike typer mishandling fra ansatte mot pasienter det siste året på 64, 2 %. Det er psykologisk mishandling og omsorgssvikt som har den høyeste prevalensen. Dette viser at omsorgssvikt forekommer, og det er en trygghet at avdelingslederne i denne studien er opptatt av temaet og skriver tvangsvedtak der de anser at det faktisk er nødvendig og til pasientens beste. Tvang kan være god omsorg dersom det er den eneste muligheten for å hjelpe pasienten. Da må alle tillitsskapende tiltak være forsøkt og godt begrunnet, samt at det skal fattes tvangsvedtak før tvangen benyttes.

6.1.2 Å motsette seg å ta medisiner

En annen situasjon som ble beskrevet som utfordrende av informantene i denne studien, var når pasienten motsetter seg å ta medisiner. I slike situasjoner kan flytende medisiner blandes i drikke som pasienten liker, her cola. Pasienten inntar medikamentet uten motstand. Dette ble beskrevet som en enkel løsning på problemet, og noe som kunne gjøre arbeidsdagen veldig mye enklere.

Flere av informantene fortalte om at pasientens grad av motstand kunne påvirke i hvilken grad helsehjelp ble utført mot pasientens vilje. En av informantene sa det på denne måten:

«Altså det er bare det at pasienten egentlig sier nei. Det er ikke noe sånn ... Og så kan hun slå litt ... Litt ... Men det er ikke så mye».

Når legen foreskriver medikamenter som er reseptbelagte til pasienter som ikke er samtykkekompetente som motsetter seg å innta medikamentet, skal det foreligge et vedtak før medisinen blandes ut i drikke. Bruk av reseptbelagte legemidler vurderes som alvorlig inngrep i kroppen, og skal vurderes av ansvarlig for helsehjelpen og minst ett annet kvalifisert helsepersonell (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4A-5).

Erfaringsmessig kan det være utfordrende å få mennesker med demens til å ta medisiner sine, og ulike tillitsskapende tiltak blir prøvd ut. Det er observert i ulike situasjoner at knusing av tabletter og blanding av flytende medikamenter i drikke er en etablert praksis som er godtatt og anses å være hensiktsmessig. Det kan være utfordrende for personalet å beholde ro i en avdeling dersom én

pasient er urolig, vandrer hvileløst rundt og hvor uroen smitter over på de andre pasientene. Spørsmålet er hvem denne løsningen er hensiktsmessig for og om det er til det beste for pasienten?

Det ble nevnt av informantene at slike løsninger, som å gi medisiner i drikke, kan gi en mye enklere arbeidshverdag. Dette i seg selv er interessant. Uttalelsen kan tolkes på flere forskjellige måter. Det kan tenkes at arbeidshverdagen blir enklere fordi når pasienten tar medisinen og blir roligere, kan det gi personalet mulighet for å jobbe med miljøet i avdelingen. Det kan tenkes at det unngås konflikt mellom personalet og pasienten, og at pasienten opplever mer trygghet ved å unngå denne konflikten. Ved å unngå å bruke lang tid, kanskje timer, på at pasienten skal ta medisinen sin åpnes det for å jobbe med andre ting i avdelingen. Dette vil komme pasienten til gode.

Det kan også være slik at dersom pasienten ikke tar medisinen sin vil uro, vandring og andre symptomer pasienten har, kunne forstyrre hele avdelingens terapeutiske miljø. Uro avler mer uro, og på den måten kan det være til det beste for den aktuelle pasienten å ta medisinen sin i drikke som foretrekkes for å unngå ringvirkninger som gjør hverdagen mer urolig og slitsom for pasienten selv og de andre pasientene. I en slik beslutning ligger den fagkunnskapen sykepleier har og kunnskapen om både pasientens symptomtrykk og pasienten i samhandling med andre pasienter, i tillegg til det faglige skjønnet som utvikles gjennom erfaringer. Det er den tause kunnskapen som kommer til uttrykk og som i bunn og grunn kan forsvare en slik praksis (Martinsen, 2012b).

På Helsedirektoratets side «Etikk i helsetjenesten» drøftes et tilnærmet likt tilfelle (Universitetet i Oslo, 2015) med en pasient med Alzheimers sykdom som nekter å ta sovemedisiner. Konklusjonen er at det ikke kan forsvares å blande medikamenter i mat/drikke uten at pasienten blir informert om det, og at pasientens autonomi skal respekteres. Dersom medisineringsen anses å være nødvendig, må det fattes et vedtak om tvangsmedisinering. Alternative tillitsskapende tiltak skal ha vært utprøvd før tvangsvedtak fattes (Pasient- og brukerrettighetsloven §4A). Arbeidssituasjonen eller hensyn til andre pasienter gir ikke grunnlag for å gi helsehjelp med tvang, herunder tvangsmedisinering (Helsedirektoratet, 2018).

En annen måte å tolke utsagnet på er at ved å gi en person med langt kommet demenssykdom et sedativ, så vil de ansatte få en bedre dag på jobb – og at det er hensynet til de ansatte som er styrende. I denne tankerekken melder det seg flere undringer som; er det slik at det er greit å gi

sedativer av hensyn til at personalet skal få en enklere arbeidsdag? Her vil det være nærliggende å tenke at de ansattes arbeidshverdag blir satt over pasientens autonomi og konsekvensen det gir for pasienten dersom medikamentet blandes i drikke uten at pasienten informeres om det.

Dersom denne tankerekken skal tenkes helt ut fremkommer en generell undring rundt hvordan avdelingsleders holdninger til bruk av tvang kan påvirke prevalensen av tvangsbruk. I studien til Devik et al (2020) beskrives viktigheten av at ledere er gode rollemodeller. Det som kom frem som mest etisk utfordrende i arbeidshverdagen var blant annet pasienters autonomi. Det er ikke nok at ledere snakker om hvordan etiske dilemmaer skal håndteres, de må også vise det i praksis. Å være en rollemodell vil innebære å demonstrere egnet atferd gjennom personlige handlinger og mellommenneskelige forhold. Moral og verdier er knyttet til både individuelle og personlige omstendigheter, faglige vurderinger og retningslinjer, utdanning og normer i samfunnet.

Individuelle og personlige forhold blir for varierende som retningslinje for hvordan etiske dilemmaer skal løses best mulig (Devik et al, 2020). Sykepleierledere må være gode forbilder ved å identifisere og løse utfordrende kliniske situasjoner. Gjennom å sette av tid til etisk refleksjon, dele faglige vurderinger om hvorfor tvang anses å være det beste alternativet for akkurat denne ene pasienten. Handlingsvalget må kunne begrunnes både faglig, juridisk og etisk. Slik kan kunnskap overføres til personalgruppa, og sykepleierledere går i front og etablerer en åpenhetskultur i avdelingen. Og sist, men ikke minst: avdelingsledere skaper et faglig, trygt fellesskap rundt etisk vanskelige og komplekse dilemmaer.

6.1.3 Utdanningsnivå

Flere av informantene i denne studien trakk frem formell kompetanse og kunnskap om pasienten som viktig for samarbeid mellom personalet og pasienten. Dette støttes av studien til Lejman et al (2013) da valg av om tvang skal anvendes eller ikke er satt i sammenheng med utdanningsnivå og kunnskap om lovverket.

Å benytte tvang i beste hensikt underbygges av studien til Lejman et al (2013), og videre kommer det frem at underbemanning og utdanningsnivå hos personalet har betydning for om tvangstiltak ble benyttet. Det å benytte tvang ble ikke ansett å være frihetsberøvende eller brudd på

menneskerettighetene, men heller en dyd av nødvendighet. Autonomien ble overstyrt til tross for at det der ikke var fare for liv eller helse, og begrunnelsen fra de ansatte var at pasientene ikke hadde innsikt i sin egen situasjon og derfor ble tvang ansett som nødvendig. De juridiske rettighetene ble forstått som handlinger for å unngå skade, og ikke som handlinger for å unngå tvangsbruk og begrensninger for pasientene. Her kommer kunnskap om lovverket inn.

Erfaringsmessig er fellesnevneren hos ufaglært personale at de mangler formell kompetanse og at deres handlinger ikke baserer seg på en faglig og skjønnsmessig vurdering. Dette bekreftes av noen av informantene, og Gautun (2020) skriver i sin rapport at pasienter med mer sammensatte og komplekse behov overflyttes til sykehjem. Det forutsetter kompetent og dedikert helsepersonell. Kommunene selv innrømmer at det er behov for et kompetanseløft, og samtidig er det fortsatt en stor andel ufaglærte som dekker opp vakanser for sykepleiere.

Kjent personale gir mindre uro og utagering ifølge informantene i denne studien. En informant forteller om forskjellen mellom fast personale og ekstravakter på følgende måte:

«... noen lager sine egne regler dessverre (...) har opplevd at det er ekstravakter som har gjort det da, det er ikke noen av de faste».

I studien til Askautrud og Ellefsen (2008) kommer det frem av avdelingslederne mener at fagutdannet personale, som sykepleiere og helsefagarbeidere, vektlegger autonomi i støtte grad enn ufaglært personale. Vektlegging av autonomi kan synes å øke med høy utdanning. Videre hevder forskerne at sykepleierne på sykehjem opplever at det ufaglærte personalet har kommunikasjonsproblemer med pasientene og viser dårlige holdninger. En mulig forklaring på dette kan være at gjennom grunnutdanning innenfor sykepleie vektlegges fokus blant annet på autonomi, pasientens ressurser og pasientrettigheter.

I denne sammenheng er det et tankekors at også personell uten helsefaglig bakgrunn jobber med de aller sykeste pasientene med demenssykdom. Det er ingen tvil om at ledere gjør så godt de kan med tanke på å rekruttere helsepersonell med tilstrekkelig kompetanse. Problemet ligger blant annet i at sykepleiere slutter fordi de har stort arbeidspress, dårlige utviklings- og

avansementsmuligheter og krevende arbeidstidsordninger, samt at sykepleiere ikke har kommunehelsetjenesten som sitt førstevalg når de skal søke jobber (Gautun, 2020).

6.1.4 Personlig egnethet

Askautrud og Ellefsen (2008) belyser det faktum at etter demensdiagnosen er det personalets holdninger som er den viktigste faktoren for å legge begrensinger på pasienter og deres autonomi. Videre skriver de at personalet kan ha stor grad av empati og kompetanse, men at det til syvende og sist er personalets holdninger og ubalansen i maktforholdet mellom pasient og personalet som avgjør utfallet av om pasienten får ivaretatt sin selvbestemmelse eller ikke.

Det at en person har en demensdiagnose er selvsagt ikke nok til å forsvare tvangsbruk i norske sykehjem. Brinchmann (2012) skriver at nærhetsetikken spiller en viktig rolle i relasjonen mellom mennesker. Pasienten vil utlevere seg mer jo større hjelpebehovet er, og dette påvirker maktbalansen i relasjonen. En pasient som er helt avhengig av den helsehjelpen som gis, vil være helt avhengig av beslutningen helsepersonell tar på vegne av pasienten. Beslutningene bør baseres på velgjørhetsprinsippet mener Brinchmann (2012); å gjøre den andre godt. I slike vurderinger og handlinger ligger det mye makt, og det er viktig at helsepersonell reflekterer over sin rolle i situasjoner hvor pasientens autonomi ikke ivaretas.

Når tvang brukes utløser det ofte diskusjoner og uenigheter i personalgrupper (Aitamaa et al, 2016). Motsetninger i arbeidsmiljøet oppstår når noen ansatte mener de er eksperter på pasientene og når pasientenes meninger ikke tas hensyn til, mens andre mener at helsepersonell skal være pasientens «advokat». Askautrud og Ellefsen (2008) belyser det dilemmaet at autonomi er mer et ideal enn en realitet. Ifølge deres studie er det legitimt å ta avgjørelser for beboere dersom beboeres eget valg er uhensiktsmessig. Det ansvaret helsepersonell har i å vurdere hva som er hensiktsmessige valg pålegger helsepersonellet mye ansvar og makt. Det kan videre settes spørsmålsteget til hva som legges til grunn for vurderingen. Helsepersonellens forforståelse, bakgrunn, utdanning, erfaringer, holdninger og verdigrunnlag vil være med i disse vurderingene og variere fra person til person.

Flere av informantene trakk frem personlige egenskaper som evnen til å skape tillit, kommunikasjonsferdigheter og empati som viktig hos personalet. Interessen for mennesker med demens, å gjøre hverdagen så god som mulig og det å engasjere seg ble trukket frem som viktige egenskaper. Det handler altså om at i tillegg til riktig formell kompetanse er det viktig med det personlige engasjementet og ønsket om å gjøre en forskjell i hverdagen for personer med demens. En viktig nyanse i dette er personalets personlige egnethet. En av informantene sa:

«... men du må ha de medarbeiderne som virkelig brenner for personer med demens. Som brenner for å gjøre den forskjellen i hverdagen til beboeren (...) Så det å få tak i de der gullpersonene er så utrolig viktig».

Personalets holdninger til mennesker med demens som gruppe er det nest mest brukte argumentet, etter demenssykdommen i seg selv, for bruk av tvang (Askautrud et al., 2008). Lejman et al (2013) beskriver at helsepersonellet som benyttet tvang, forsvarte disse handlingene med at pasientens innsikt i egen situasjon manglet. Dette handler om hva slags holdninger personalet har til pasientene. Et menneske er mer enn sin diagnose, og tilgjengeligheten for interaksjon med mennesker med demens er varierende og kan være en utfordring. Det handler uansett om å skape de gode øyeblikkene der samhandlingen mellom helsepersonell og mennesker med demens gir mestring og mening for pasienten. Det er mulig å få til med tid, engasjement og kunnskap.

Både Askautrud og Ellefsen (2008) og Lejman et al (2013) beskriver at helsepersonell må ha kunnskap om pasientens liv og preferanser, fagkompetanse slik at autonomi fremmes og at det gjøres riktige vurderinger i ulike situasjoner som oppstår og i etiske dilemmaer. Videre beskriver deres studier viktigheten av gode, sunne holdninger og kommunikasjonsferdigheter som viktig kompetanse i demensomsorgen. Helsepersonell bør ha kunnskap om gerontologisk sykepleie og pedagogiske ferdigheter (Lejman et al., 2013).

6.1.5 Er kravet om forsvarlighet i omsorgen ivaretatt gjennom intern opplæring?

I den kliniske hverdagen på en skjermet demensavdeling oppstår det situasjoner som oppleves utfordrende både faglig, personlig og etisk. Det kan derfor stilles spørsmålsteget ved om intern opplæring og undervisning er nok for å sikre faglig forsvarlig drift og helsehjelp for ufaglært

personale? Ved presserende og viktigere oppgaver er det bekreftet av informantene i denne studien at det kan være det etiske arbeidet i avdelingen som settes på vent.

Arbeidskollegiet består av helsepersonell som arbeider sammen med ufaglærte. Når ufaglærte arbeider sammen med helsepersonell kan den faglige forsvarligheten ivaretas. På en annen side vil situasjoner kunne oppstå der den ufaglærte vil bli stående alene uten støtte fra helsepersonell. Pasienten har rett på faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp. På den andre siden kan realiteten og situasjoner som kan oppstå på en skjermet demensavdeling oppleves både overveldende og uforutsigbar, spesielt for en som ikke har de faglige forutsetninger for å kunne forstå verken situasjonen eller pasienten. Både informasjon fra informantene og fra studiene til Askautrud og Ellefsen (2008) og Lejman et al (2013) tyder på at formell kompetanse har betydning for pasientbehandlingen og prevalens av bruk av tvang.

Når det er vel dokumentert at bruken av tvang øker med antallet ufaglærte i omsorgen, kan det være på sin plass å undre seg over grunnen til at så mange ufaglærte ansettes i kommunehelsetjenesten? Å rekruttere helsepersonell; kampen om kompetansen og «gullpersonene», er en av de største utfordringene det norske helsevesenet står overfor (Gautun, 2020). Det kan være begrunnet i en kombinasjon av at det er sykepleiermangel og at sykepleierkompetanse belaster budsjettet mer enn ufaglært arbeidskraft. Dersom det er slik at det ikke finnes sykepleiere som kan dekke opp vakanser, må vakanser i det minste dekkes opp av annet helsepersonell eller ufaglærte.

I motsetning til å dekke opp vakante vakter, kan noen ledere tenke at de sparer penger ved å la vaktene stå ubemannet. I en ledelseskultur hvor ledere berømmes for hvor mye de sparer eller hvor lite omsorgen kan koste, kan det tenkes at ledere lar være å dekke opp vakter, noe som igjen fører til økt arbeidsbelastning på de som er på jobb. På den måten er en uheldig runddans i gang, og da vil det å benytte ufaglært arbeidskraft være bedre enn ingen oppdekking.

Mange ufaglærte gjør en fantastisk innsats og de er både ærekjære, empatiske og dedikerte til arbeidet. Ved å dekke opp vakanser er det i det minste nok personer på jobb. På en annen side kan det kan være at noen ledere tenker at det er tilstrekkelig så lenge et minimum av kompetanse er tilgjengelig, mens andre praktiserer personale på «topp» for å redusere arbeidsbelastningen i hele personalgruppen. Å legge inn «slakk» i bemanningen gjør at sykepleiere har større mulighet til å veilede og hjelpe til i konkrete komplekse situasjoner i praksis, fremfor at de overtar lederansvaret

og arbeidsoppgaver for avdelingsleder som har mer enn nok med administrative oppgaver (Kristiansen et al, 2016).

6.2 Å stå mellom barken og veden i et komplekst fagfelt

Informantene i studien fortalte om ulike måter å stå mellom «barken og veden» på. Dette var blant annet å klare å sikre riktig kompetanse, sikre faglig forsvarlige tjenester og hvordan det oppleves å inneha rollen som avdelingsleder.

6.2.1 Kompetanse

Å ha en trygghet i rollen som avdelingsleder var et poeng informantene trakk frem. De mente at det i seg selv ville skape en trygghet hos personalet. Informantene var videre opptatt av at de ansatte i avdelingen skulle ha riktig og tilstrekkelig kompetanse for å kunne gi faglig forsvarlig helsehjelp og høy kvalitet på omsorgen. Avdelingslederne står i et krysspress hvor flere ufravikelige krav skal innfris; pasientrettigheter og kravet om faglig forsvarlighet og kravet om å ivareta de ansattes helse og sikkerhet på arbeidsplassen.

6.2.1.1 *Kompetansekrav til ansatte*

I skjermede enheter for personer med demens kreves det høy faglig trygghet både hos ledere og ansatte. Det handler om å finne ansatte som vil gjøre en forskjell, som er interessert i pasientgruppen og som er opptatt av å forebygge bruk av tvang. Kari Martinsen (2012b) beskriver dette som at den faglige kunnskapen må forenes med menneskekunnskap. Og menneskekunnskapen læres ikke gjennom litteraturen. Det er gjennom klinisk erfaring og gode, kyndige sykepleiere det faglige skjønnet læres; hva er til pasientens beste? Hva vil gange akkurat *denne* pasienten?

I essayet til Hauvik og Vatne (2020) beskrives utfordringer for fremtidens helsevesen. Utfordringer som beskrives er flere hjelpetrengende med store omsorgsbehov, mangel på helsepersonell og stadig lavere budsjetter for ledere å styre innenfor. Gautun (2020) beskriver en hverdag i kommunehelsetjenesten med mangel på sykepleiefaglig kompetanse, og at arbeidsbelastningen blir for stor og at kvaliteten på tjenestene blir dårligere. Hvem vil være taperne i dette? Sannsynligvis er det pasientene og i denne konteksten mennesker med demens.

Relasjonen mellom helsepersonell og pasienter er selve grunnmuren i omsorgen som gis, og for å bevare relasjonen må helsepersonell vurdere situasjonen og handlingsalternativene for hva som skal gjøres i ulike situasjoner (Martinsen, 2003b). I disse vanskelige vurderingene trenger ansatte kompetanse. Den etiske vurderingsevnen og mulige handlingsalternativer vil være avhengig av hva slags kompetanse de ansatte har, og det er en kjensgjerning at ufaglærte kommer i situasjoner med utagering og uønskede hendelser oftere enn helsepersonell (Askautrud og Ellefsen, 2008). Dette bekreftes også av informantene i denne studien. I dette er det nærliggende å tenke at det vil lønne seg å ha faglært arbeidskraft fremfor ufaglært arbeidskraft for å unngå bruk av tvang. Dilemmaet for ledere i første linje er at den økonomiske rammen er stram, og det er begrensede muligheter for hvor mange faglærte ansatte som skal dekke opp de ulike vaktene gjennom døgnet.

I studien til Gautun (2020) fremkommer det at udekkede sykepleiervakter dekkes stadig oftere opp med ufaglært arbeidskraft. Innenfor gruppen med ufaglært arbeidskraft har 4 av 10 utdanningsnivå på ungdomsskolenivå eller lavere. Å dekke opp fraværet av helsepersonell med annet helsepersonell koster mer enn å dekke det opp med ufaglært arbeidskraft. Det sier seg selv. Om ledere ønsker å dekke opp vakanser blant helsepersonell med annet helsepersonell, er det så stor mangel på blant annet sykepleiere at norske sykehjem har problemer med å rekruttere sykepleiere inn i stillingene. Langt færre finnes det for å dekke opp vakanser. En slik praksis vil øke belastningen på de sykepleierne som er på jobb (Gautun, 2020). For hvem skal få sine behov innfridd? Hvem kan vente? Og hvor lenge kan de vente? Og sist, men ikke minst; er det kvalifisert personale på jobb til å ivareta kvaliteten i den omsorgen som skal gis?

Ved å følge Martinsens teori om at menneskekunnskap ikke kan læres gjennom litteraturen, men må læres gjennom erfaringer (2012b), kan ufaglærte være en stor ressurs på norske sykehjem. Til tross for mangel på formell kompetanse, er det mange som både har vilje og evne til å tilegne seg menneskekunnskap; de tuner seg inn på pasientene og hva pasientenes ønsker og preferanser er, de trekker seg ut av situasjoner hvor utagering kan oppstå og mange er gode på relasjonsbygging, vise omsorg og empati og forståelse for den gamle, syke pasientens behov for pleie.

Det er først når noe uforutsett oppstår; når en pasient reagerer på en annen måte på de samme handlingene eller når samarbeidet blir utfordret av for eksempel uro i avdelingen eller andre pasienters atferd, at ufaglærte kan ty til andre handlingsvalg som igjen kan føre til tvangsbruk. Det

gjelder derfor å styrke de ufaglærte i sin praksis og tilføre kunnskap både faglig og etisk slik at de er rustet til å tåle og stå i ulike situasjoner som vil oppstå når de arbeider med mennesker med demenssykdom.

En av informantene sa at det er vanskelig å stå i situasjoner selv om man har blitt slått mange ganger i slike vanskelige stellesituasjoner. Det å få et ordentlig slag i ansiktet gjør noe med personen. Informanten legger til «... selv om du vet at personen er syk». Ingen skal tåle å bli slått når de gjør en stor og viktig innsats for det norske helsevesenet, og når både erfaring og forskning underbygger at ufaglærte oftere kommer i slike situasjoner, har ledere et særskilt ansvar overfor dem. De må få opplæring og kunnskap slik at slike situasjoner kan unngås så langt det lar seg gjøre.

6.2.1.2 Kravet til lederkompetanse

Flere av studiene som danner det teoretiske rammeverket til denne studien underbygger at ledere er klar over sitt ansvar for etisk ledelse og etisk refleksjon rundt vanskelige kliniske dilemmaer (Aitamaa et al, 2015; Devik et al, 2020; Kristiansen et al, 2016). Dette bekreftes også gjennom intervjuene med informantene til denne studien. I denne delen av diskusjonen rettes derfor oppmerksomheten spesielt mot etisk refleksjon og etisk ledelse med tanke på å forebygge bruk av tvang.

Lederrollen i norsk helsevesen er i stor endring, og endringene kan utfordre de profesjonelle sykepleieverdiene (Kristiansen et al, 2016, Lejman et al, 2013, Solbakken et al, 2020, Devik et al, 2020 og Aitamaa et al, 2015). Fra å ha ansvaret for den daglige behandlingen og pleien av pasientene har ledere fått et gradvis større ansvar for administrative oppgaver, og det hevdes at ledelse utøves på avstand som gjør at ledere får mindre overblikk og mulighet til veiledning og kontroll i daglige gjøremål i avdelingen. Det stilles høye krav til rapportering oppover i linjeledelsen og balansering av ressurser i hverdagen.

Solbakken et al (2020) trekker særlig frem kompetanse som en viktig faktor hos sykepleierledere. Det stilles helt nye og høyere krav til sykepleierledelse og forskerne er kritiske til at dagens lederopplæring er «uten blikk for» sykepleie- og omsorgsvitenskap. Det belyses at dagens sykepleierledelse svekkes med økt grad av administrative oppgaver og at ledere får mindre tid til å

kontrollere og veilede de ansatte i daglige gjøremål. Det stilles spørsmål ved om dagens lederopplæring i administrasjon og uten blick for sykepleie og omsorgsvitenskap er god nok for å imøtekomme de stadig mer komplekse og utfordrende pasientsituasjonene i kommunehelsetjenesten, og det reises kritikk mot dagens ledelsesfilosofi hvor den administrative delen av lederoppgavene blir større enn den profesjonelle ledelses- og yrkesutøvelsen.

Dagens lederopplæring med administrasjon og ledelse er ikke nok for å imøtekomme en individualisert, trygg og kvalitetssikret sykepleie for mennesker med demens (Lejman et al, 2013). Ledere trenger oppmerksomheten rettet mot de komplekse situasjonene i praksis som krever at etikken og etisk refleksjon blir satt høyt opp på prioriteringslisten. Det ligger en forventning om at sykepleiere og annet helsepersonell har den kunnskapen og de ferdigheter som skal til for å ivareta den faglige forsvarligheten som stilles til helsepersonell. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere beskriver at i den faglige forsvarlige sykepleien ligger både faglige, etiske og juridiske rammer og prinsipper (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Herunder ligger både ansvaret sykepleier har for sin egen praksis og den rollen sykepleiere spiller overfor kollegaer som trenger veiledning og hjelp i vanskelige situasjoner. På denne måten har sykepleiere et ansvar for å ivareta ufaglærte som jobber i avdelingen. Som kollega har sykepleiere plikt til å veilede og undervise, og dersom det er nødvendig bør helsepersonell som har den nødvendige faglige kompetansen veilede de som mangler den. De ufaglærte kan gjennom mange års erfaringer ha lært hvordan stellet og pleien skal utføres, men det er de faglige vurderingene og kravet til forsvarlighet som lederen har et særskilt ansvar for blir ivaretatt av alle ansatte.

En praksis som gjør at ledere blir mer og mer usynlig for arbeidskollegiet kan gjøre at sykepleiere blir de «uformelle» lederne, og at de dermed blir belastet med oppgaver som avdelingsledere har ansvaret for. En slik glidning av ansvar er det viktig at avdelingsledere er klar over, og om det skjer uønskede hendelser eller i verste fall ulykker i avdelingen, er ansvaret avdelingsleders. Det kan være slik at avdelingsledere på sykehjem blir trukket i mange regninger, og det kan tyde på at de trekkes mer ut fra den profesjonelle siden av det å være avdelingsleder. Denne utviklingen kan ses på som «riktig» og «bra», men til syvende og sist er det i avdelingen den faglige og kvalitetsmessige pleien og omsorgen blir gitt. Da er det viktig å ha en nærværende og tydelig leder som er seg sitt ansvar bevisst.

Alle informantene i denne studien hadde sykepleierfaglig utdanning med spesialisering, og noen hadde også administrativ utdanning i en kombinasjon med det ovennevnte. Informantene var tydelige på viktigheten av etiske refleksjonsarenaer og viktigheten av å sette av tid til etisk refleksjon i en hektisk arbeidshverdag. De nevnte ulike arenaer hvor ansatte fikk mulighet til å reflektere rundt etiske dilemmaer på arbeidsplassen.

Studien til Devik et al (2020) underbygger at ledere anstrenger seg for å sette etikk på dagsorden. Samtidig prioriteres det etiske arbeidet bort ved mer presserende arbeidsoppgaver. Å prioritere arenaer hvor den etiske fordring blir satt på dagsorden og hvor ansatte får reflektert rundt ulike situasjoner i praksis, viser seg å være riktig bruk av tid. Aitamaa et al (2015) trekker nettopp frem økonomisk gevinst som et resultat av oppmerksomhet på det etiske arbeidet. I tillegg belyses det at helsetjenesten blir dårligere dersom de etiske dilemmaer og spørsmål ikke synliggjøres og tas på alvor. Dette er et interessant perspektiv på det etiske arbeidet. For hvordan kan det ha seg at ledere prioriterer bort et felt innenfor demensomsorgen som på sikt kan gi en økonomisk gevinst?

Dersom et slag i ansiktet på en ansatt blir gjort om til kroner og øre, kan det være at de fleste slag ikke koster mange kronene. Avdelingsleder risikerer at den ansatte blir borte noen dager med de utgifter det medfører på avdelingens budsjett. Avdelingsleder kan også risikere at ansatte blir redde og slutter eller de blir lei og slutter av den grunn. Hvis alt omsettes i kroner og øre, i «røde» og «grønne» tall, vil alt som gjøres – og ikke gjøres – bli til tall i et budsjett. Spørsmålet er hvilken post i budsjettet utgiften havner under. Å forebygge utagering koster, men det gjør også slitasjen på helsepersonell som opplever utagering. Og på sikt vil det å forebygge utagering skape mindre uønskede hendelser og skader på ansatte.

Dette krever at det settes av tid til etisk refleksjon og etisk arbeid på arbeidsplassen. Å styrke ansattes kompetanse på etiske dilemmaer og forebygging av tvang er viktig, samtidig som det kan vise seg i positive resultater i budsjettet på førstelinjenivå. Det er satt opp regnestykker på hva sykefravær koster, og etter samme mal kunne helsetjenesten gjort økonomiske beregninger på hva etisk kompetanse og etisk ledelse kunne bety i det forebyggende arbeidet med tanke på å redusere tvang. Når vi vet at det påføres skader på pasienter ved utøvelse av tvang, og at ansatte opplever å bli slått i arbeidshverdagen, er det viktig at etisk refleksjon og diskusjon prioriteres i hverdagen.

Samtlige avdelingsleder i denne studien trekker frem etiske møteplasser for ansatte. Det var imidlertid ingen av dem som nevnte møteplasser for ledere hvor etiske dilemmaer eller etisk ledelse var tema. Det kan være at den viktigste arenaen for etisk refleksjon er nærmest mulig klinisk praksis. Det er der de etisk utfordrende situasjonene oppstår, og det er en god regel at problemene løses nærmest der de oppstår. På en annen side kan det være at ledere kan lære av hverandre ved å diskutere etisk ledelse og hva det innebærer. Særlig gjelder det at sykepleierledere må være mer aktive og sette etisk refleksjon og etikkarbeidet på dagsorden i møter med overordnede instanser både internt og samfunnsmessig (Lejman et al, 2015). Da trenger ledere støtte fra overordnet nivå, det trengs åpenhet rundt vanskelige etiske og faglige dilemmaer og det trengs ledere som har mer enn administrativ kompetanse (Solbakken et al, 2020).

6.2.2 Rollen som avdelingsleder

I denne studien kom det frem at ledere opplever seg ensomme i sin rolle som avdelingsleder på sykehjem. Det ble nevnt at de har flere samarbeidspartnere eksternt som for eksempel Fylkesmannens kontor og spesialiserte sykehusavdelinger. Flere nevnte at sykehjemslegen er en positiv samarbeidspartner som bidrar mye i diskusjoner i det forebyggende arbeidet med tanke på å forhindre bruk av tvang. Det ble uttrykt at for eksempel «kommunen» var en samarbeidspartner det var vanskelig å få gjennomslag for saker hos. Den ene informantene sa at det å få gjennomslag hos for eksempel tildelingskontoret i kommunen er «*kjempevanskelig*» og at informantens «*kamp*» ligger der. Det lå en forventning om at ledere rapporterer oppover i linja.

Ingen av informantene nevnte *sin* nærmeste leder som samarbeidspartner. Det vil bli diskutert nærmere i slutten av dette punktet.

Det nye språket som benyttes for ledere i det norske helsevesenet, er styrt av målbare verdier som kan stå i kontrast til de profesjonelle verdiene sykepleierledere har. I krysspresset mellom lønnsomheten på den ene siden og kvaliteten på omsorgen på den andre, kan det for ledere oppleves å stå mellom barken veden i et komplekst fagfelt. Det nye lederspråket med målbare verdier er ikke tilstrekkelig for å ivareta den daglige pleien (Kristiansen et al, 2016). Ledere må ta mer initiativ til å løfte etiske dilemmaer og vanskelige pasientsituasjoner fra avdelingsnivå og

oppover i linjeledelsen slik at det faglige og profesjonelle fokuset øker. I studien til Aitamaa et al (2015) beskrives det at ledere mangler anerkjennelse for den jobben de gjør, og at de selv er med på å gjøre sin egen rolle «stemmeløs» ved at ledere ikke er involvert i beslutninger som angår deres arbeidshverdag. Ledere på førstelinjenivå opplever også i stor grad manglende støtte i store og vanskelige pasientsituasjoner som må løses.

I en organisasjon hvor det er ledelse i flere ledd, som på et sykehjem hvor avdelingsledere har et overordnet ledelsesnivå, vil det være nærliggende å tenke at de ulike ledelsesnivåene snakker sammen, støtter hverandre og hjelper hverandre i vanskelige og komplekse saker som oppstår i arbeidshverdagen. Å være ensom i rollen som avdelingsleder på et sykehjem, hvor det er flere avdelinger med avdelingsledere, kan være vanskelig å forstå. Til tross for dette ble det meddelt av informanter i denne studien at det er realiteten.

Studien til Solbakken et al (2020) konkluderer med at det er førstlinjeledere som er krumtappen i systemet for å få iverksatt nye reformer på en hensiktsmessig måte. For å få dette til er det helt avgjørende og nødvendig at de har støtte. Sykepleierledere har et unikt perspektiv for utvikling og forbedring av sykepleie; støtte fra overordnede blir imidlertid fremhevet som en forutsetning for å fortsette i førstelinjelederstillinger i dette skiftende og krevende landskapet. I tillegg er det nødvendig at ledere tilbyr klinisk tilstedeværelse for å verifisere at personalet gir best mulig pleie og omsorg til pasientene. Førstelinjeledere beskriver seg selv som metaforiske skjold for å beskytte pasientbehandling.

Martinsen (2012) beskriver at det hun kaller «kuldebølgen» har honnørord som effektivitet, produktivitet og standardisert, og hun hevder at pasientene blir objekter innenfor profesjonens makt. Innenfor et slikt system vil intensivering og oppstyking av arbeidsprosesser fremme idealer som fratrar sykepleierledere muligheten for forsinkelser eller omveier. Pasientenes situasjon legger grunnlaget for omsorgen som skal ytes. Allikevel betinger omsorgen at den ytes innenfor de rammebetingelsene pasientene befinner seg innenfor; rammebetingelser som ofte er basert på en målorientert omsorg (Martinsen, 2003, s. 79). Å være sykepleierleder innenfor en ledelsesfilosofi hvor det å være mest mulig effektiv både økonomisk og personalmessig, hvor målet er å skape mest mulig på kortest mulig tid med minst mulig ressurser, og hvor kravet er å levere oppover i linjeledelsen, krever dyktige sykepleierledere med en faglig tung og sterk ballast. De trenger å

støtte både hverandre for å få frem de etiske dilemmaene og vanskelige pasientsakene oppover i linjeledelse, og minne om at faglig forsvarlighet og kvalitet i tjenesten må ivaretas og stå høyt i sykepleien. Det vil være slik at det noen ganger oppstår saker i klinikken som tar lengre tid eller som krever mer tilstedeværelse fra leder, og det er viktig at ledere har støtte fra overordnet nivå slik at de slipper å stå i et krysspress og en ensomhet i det viktige arbeidet de utfører på norske sykehjem for en svært sårbar pasientgruppe. Samtidig skal de ha kvalifiserte ansatte slik at de vet at pasientene ikke blir utsatt for omsorgssvikt.

Avdelingslederne er både ansvarlige for, og deres innsats er helt avgjørende for, om norsk helsevesen skal lykkes med å iverksette og gjennomføre nye reformer. Her vises det til for eksempel innføring av Samhandlingsreformen (Meld. St. 47, 2008-2009) som gjør at stadig mer syke, skrøpelige og pleietrengende pasienter overlates til kommunehelsetjenesten. I dette ligger at det trengs en satsning på førstelinjeledelse for å lykkes. For å lykkes trengs solide lederegenskaper for å kunne balansere og sjonglere krav og møte alle de utfordringer dagens førstelinjeledere står i sin i hverdag. Avdelingsledere har et helt spesielt perspektiv for å drive utvikling og forbedringer i sykepleie. Støtte, både uttrykt og utført, er helt avgjørende og en forutsetning for å stå i en lederstilling i dette skiftende og varierende landskapet.

Å stå i krysspresset mellom pasientenes rettigheter og behov, ansattes rettigheter og behov, administrative krav om «å levere» og rapportere og i tillegg være ensom i rollen kan være mer enn mennesker kan tåle på lang sikt. Hva kommer så denne ensomheten av? Og er det slik at det finnes en linje eller et system som er for uklart eller ikke-eksisterende for avdelingsledere? Det er sannsynligvis mange ulike svar på disse spørsmålene. Det kan være lett å forstå at når avdelingsledere står i vanskelige etiske dilemmaer i arbeidshverdagen overlates en del av det etiske arbeidet til de ansatte selv. Devik et al (2016) skriver at det etterlyses et større ansvar hos ledere i etiske dilemmaer. Dette gjelder også oppover i linjeledelsen, og Aitamaa et al (2015) skriver at store og komplekse pasientsaker overses av administrativ ledelse og det er ingen støtte å hente hos andre enn de som konkret forholder seg til avdelingen. Avdelingslederne i denne studien nevnte at sykehjemslegen var en god støtte og samarbeidspartner, samt at andre profesjoner kunne bidra med mye i det tverrfaglige samarbeidet.

Det kan synes som at ensomhet i rollen kunne vært løst ved at det var en tettere kontakt og dialog mellom ledelsesnivåene, og at avdelingsledere må bli bedre på å sette etikk og etiske dilemmaer på dagsorden på ulike arenaer hvor ledere møtes. Ett slikt signal kan være å sette opp etisk refleksjon på ledermøter, og at det skal gjennomsyre hele organisasjonen. En slik løsning har vært benyttet i andre og presserende temaer i andre bedrifter, og ved å synliggjøre og godkjenne en slik praksis fra toppledelsen og helt ned til førstelinjenivå, vil det være et signal om viktigheten av å sette den etiske refleksjonen på agendaen. Ikke bare fordi avdelingsledere mener det er viktig, men det er fordi hele organisasjonen skal rette oppmerksomheten mer over på de etiske dilemmaene og vanskelige pasientsakene som en del av den daglige driften.

Dette kan styrke avdelingsledere i troen på at det de gjør er viktig og at etisk refleksjon blir prioritert når andre presserende oppgaver blir delegert. Det vil i tillegg kreve et engasjement fra ledelsesnivået over i disse komplekse sakene. Å vise at faglig forsvarlig sykepleie og kvalitet i omsorgen handler om mer enn målbare verdier er viktig for å løfte frem profesjonalitet i sykepleieleidelse. Det fremheves viktigheten av at dagens sykepleierledere trenger kompetanse som matcher både dagens pasienter og kompleksiteten i omsorgen *og* de kravene som stilles til rapportering på økonomi, produktivitet og effektivitet.

Et av spørsmålene i intervjuguiden var: «*I utfordrende situasjoner; hva anser du som leder at er viktig som støtte i vurderingen av hva som er riktig å gjøre?*». Her var det ingen av informantene som nevnte sin overordnede leder eller andre i ledelsen ved sykehjemmet. Dette kan forstås som at de tar det som en selvfølge at nærmeste leder er en støtte i etiske dilemmaer. På en annen side kan dette forstås som at de faktisk ikke har støtte i nærmeste leder.

Studien til Aitamaa et al (2015) belyser manglende støtte til ledere i etiske krevende situasjoner. Vanskelige og krevende tema som omhandler pasienter, blir overhørt av administrativ ledelse. Det samme skjer med førstelinjeledere; de får ikke støtte i slike saker. I studien til Devik et al (2020) belyses viktigheten av lederstøtte i etisk ledelse og etisk refleksjon.

Ved gjennomgang av studier gjort på dette tema vises det at førstelinjeledere kan oppleve manglende støtte fra overordnede ledere og at etisk ledelse kan være en mangel i dagens lederopplæring av sykepleierledere. Det kan være økonomisk lønnsomt å gi etikken høyere

prioritert, da det kan gi økonomisk gevinst på sikt. Til tross for at ingen av informantene i denne studien nevnte mangel på støtte fra overordnet leder, ble det allikevel en nyanse i resultatene som det var verdt å reflektere rundt siden de heller ikke nevnte overordnet leder som en støtte i utfordrende situasjoner.

Å stå mellom barken og veden i et komplekst fagfelt er forsøkt nyansert ved å dele det opp i å sikre kompetanse og faglig forsvarlighet og rollen som avdelingsleder. Det var disse nyansene som kom frem etter å ha gjennomført intervjuene og gjennom analysen. Det handler om de ansattes kompetanse og avdelingslederens kompetanse. Den etiske refleksjonen og etisk ledelse er særlig vektlagt da det anses at etikken er av særlig stor betydning for å forebygge bruk av tvang.

7 Avsluttende tanker rundt metode

Før oppstart av denne studien gjorde jeg meg flere tanker og refleksjoner rundt egen forforståelse. Jeg identifiserte særlig at det å bli for normativ kunne være et utfordrende moment. Som sykepleier og person er rettferdighet og regler viktige rettesnorer for meg. Som forsker ønsker jeg å undersøke andres erfaringer, og det er hva avdelingslederne delte av tanker, refleksjoner og erfaringer som skal belyses og rapporteres.

Min egen forforståelse har jeg jobbet mye med gjennom hele forskningsprosessen. I analysens ulike trinn gikk jeg flere ganger tilbake for å kontrollere at det informantene hadde sagt var analysert og forstått slik det faktisk var uttalt og ment – og ikke tolket en annen vei påvirket av min forforståelse eller fordommer. Dette er en del av den hermeneutiske sirkel, der det veksles mellom å fokusere på detaljene og helheten.

Gjennom arbeidet med diskusjonsdelen av oppgaven måtte jeg stoppe opp flere ganger og reflektere for å være tro mot informantenes stemme. Å være klar over at egen forforståelse lett kan ta over var noe jeg var veldig bevisst på, og jeg måtte flere ganger endre kurs i diskusjonsdelen da egen forforståelse ble for fremtredende. Det var nyttig å gå tilbake til transkripsjonene og visualisere de meningsbærende enhetene i sin opprinnelige kontekst. I tillegg var det nyttig og nødvendig å diskutere og reflektere med veileder og andre.

Gjennom arbeidet med studien har jeg lært mye nytt. Det å lære nytt forutsetter en åpenhet for det nye og ukjente. Ved å stille meg åpen og undrende mener jeg at jeg har håndtert min egen forforståelse og egne fordommer på en god måte.

Kvalitativ metode og semistrukturerte intervjuer har vært en hensiktsmessig metode for å undersøke tema som skal belyses gjennom studien. Malterud (2018) sin systematiske tekstkondensering egnet seg godt som analysemetode i denne studien. Før jeg startet med selve analysen leste jeg mye og skrev ned de 4 trinnene med mine egne ord. På den måten fikk jeg en god innføring i analysemetoden. Jeg fant flere masteroppgaver på nett som hadde benyttet systematisk tekstkondensering. Det var en inspirerende og god måte å tilnærme seg analysemetoden og ulike måter å fremstille resultater på.

8 Avslutning

Problemstilling og forskningsspørsmål i denne studien er:

«Hvilke erfaringer har avdelingsledere på sykehjem gjort seg i arbeidet med å forebygge bruk av tvang overfor eldre mennesker med demens?»

- Hvilke utfordringer/ dilemma står avdelingsleder overfor knyttet til bruk av tvang overfor mennesker med demens?
- Hvilke rammefaktorer mener avdelingsleder kan bidra til å forebygge bruk av tvang overfor mennesker med demens?
- Hvilke tverrfaglige samarbeidspartnere har leder i det forebyggende arbeidet?
- Hvilken betydning mener avdelingsleder at lovverket har knyttet til å forebygge bruk av tvang overfor mennesker med demens?

Gjennom studien har det kommet frem erfaringer fra avdelingslederne knyttet til hva som kan forebygge bruk av tvang overfor eldre mennesker med demens på sykehjem. Oppsummert er disse erfaringene viktigheten av riktig kompetanse, å finne «gullpersonene» og betydningen av etisk refleksjon. Studien viser at kompetanse i vid forstand er avgjørende for å kunne identifisere og vurdere etiske dilemmaer i en hektisk hverdag på en demensavdeling på sykehjem. Kompetanse kan ses på som en forebyggende faktor for bruk av tvang. Den formelle kompetansen som ledere og ansatte får gjennom helsefaglig utdanning er helt grunnleggende. Dette er fagkunnskap, kunnskap om lovverk, kommunikasjonsferdigheter, kunnskap om etikk og pedagogiske ferdigheter med tanke på undervisning og veiledning blant annet. I tillegg trengs kunnskap om pasientenes preferanser, ønsker og behov. Det kom frem at handlingskompetanse og holdninger til mennesker med demens er av stor betydning for å forebygge tvang.

Et annet perspektiv i kompetansebegrepet er at ansattes egnethet ble trukket frem som et suksesskriterium; det gjelder å finne de som er interessert i fagfeltet, som evner å skape tillitsfulle relasjoner og som ønsker å gjøre en forskjell i hverdagen for mennesker med demenssykdom der målet er en meningsfull hverdag med gode øyeblikk.

Avdelingsleders rolle ser ut til å være sentral i å ivareta kvaliteten i den helsehjelpen som tilbys. I krysspresset mellom økonomiske, administrative, personalmessige, kvalitets- og faglige krav, kan

det være utfordrende å finne støtte når krevende og komplekse situasjoner oppstår på avdelingen. Avdelingsledernes erfaring tyder på at det kan være utfordrende å definere hvor grensen går for når det er riktig å igangsette tvangstiltak. Dette tyder på at etisk og faglig refleksjon, både med lederkollegaer og ansatte, kan være et viktig bidrag for å forebygge bruk av tvang.

Avdelingsleder er en rollemodell som må identifisere og vurdere etiske dilemmaer i arbeidshverdagen. De må tørre å sette tydelige krav til alle ansatte, uavhengig av yrkesfaglig bakgrunn og profesjon. Det bør diskuteres jevnlig hvilken standard arbeidsplassen har for det etiske arbeidet og forebygging av tvang. Det tverrfaglige samarbeidet ser ut til å være en faktor som kan forebygge bruk av tvang da ulike perspektiver kommer til uttrykk.

Det er stor vilje til å sette av tid til etisk refleksjon, og avdelingslederne mener at det er viktig. At ledere opplever støtte fra sin nærmeste leder og sine lederkollegaer er viktig og kan være en forebyggende faktor mot bruk av tvang.

Det er viktig at avdelingsledere blir hørt og lyttet til. Det er de som står nærmest de vurderingene som må gjøres i arbeidet med å forebygge bruk av tvang i norske sykehjem. Det er derfor nødvendig at det forskes videre for å få frem stemmene tydeligere og at deres erfaringer blir belyst og undersøkt nærmere i videre studier.

Litteraturliste

- Aitamaa, E., Leino-Kilpi, H., Iltanen, S., & Suhonen, R. (2016). Ethical problems in nursing management: The views of nurse managers. *Nursing Ethics*, 23(6), s. 646–658.
<https://doi.org/10.1177/0969733015579309>
- Askautrud, M., & Ellefsen, B. (2008). Autonomi i sykehjem — en beskrivelse av avdelingssykepleiers forhold til autonomiprinsippet i praksis. *Vård i Norden*, 28(4), s. 4–8.
<https://doi.org/10.1177/010740830802800402>
- Bondevik, H. & Bostad, I. (2016). *Tenkepauser. Filosofi og vitenskapsteori*. Akribe
- Brinchmann, B. S. (2012). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Daatland, S. & Solem, P. E. (2015). *Aldring og samfunn*. Fagbokforlaget
- Devik, S. A., Munkeby, H., Finnanger, M., & Moe, A. (2020). Nurse managers' perspectives on working with everyday ethics in long-term care. *Nursing Ethics*, 27(8), s. 1669–1680.
<https://doi.org/10.1177/0969733020935958>
- Engedal, K. (2016). *En bok om demens – husk meg når jeg glemmer*. Pax forlag
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (Red.). (2018). *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling*. Aldring og helse Akademisk
- Folkehelseinstituttet (2018). *Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/>
- Folkehelseinstituttet (2021). Demens. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* (FOR-2003-06-27-792). Lovdata. Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2003-06-27-792>

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (FOR-2016-10-28-1250). Lovdata. Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2016-10-28-1250>

Gautun, H. (2020). *En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien* (Rapport 14/2020). Velferdsforskningsinstituttet NOVA

Garden, M.-H., & Hauge, S. (2012). Kampen for pasientens beste - sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens. *Vård i Norden*, 32(4), s. 18–22. <https://doi.org/10.1177/010740831203200405>

Gjerberg, E., Hem, M., H., Førde, R. & Pedersen, R. (2013). How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study. *Nursing ethics: London*, 20(6), s. 632-644. DOI:10.1177/0969733012473012

Hauvik, S., & Vatne, S. (2020). Velferdsteknologi – fremtidens helsevesen med eller uten omsorg? *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 16(1), s. 153-166. <https://doi.org/10.7557/14.4803>

Helsebiblioteket (2021). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>

Helsedirektoratet (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for demens*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>

Helsedirektoratet (2019). *Om demens*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens>

Helsedirektoratet (2019). *Nasjonal kartlegging av kommunens tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens 2018*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonal-kartlegging-av-tilbudet-til-personer-med-demens/pdf-versjon-av-rapporten>

Helsedirektoratet (2018). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer>

Helseforskningsloven (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>

Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Demensplan 2015*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/omsorgsplan_2015/demensplan2015.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Demensplan 2020*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet (2020). *Demensplan 2025*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2020-06-19-78). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell mv.* (LOV-2020-12-04-134). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Kittang, B. (Red). (2020). *Metodebok for sykehjemsleger*. Bergen kommune

Kristiansen, M., Westeren, K. I., Obstfelder, A., & Lotherington, A. T. (2016). Coping with increased managerial tasks: tensions and dilemmas in nursing leadership. *Journal of Research in Nursing, 21*(7), s. 492–502. <https://doi.org/10.1177/1744987116668940>

Kumsvik, R. J. (2014). *Forskningsdesign og kvalitativ metode – Ei innføring*. Fagbokforlaget

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2018). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademisk

Lejman, E., Westerbotn, M., Pöder, U. & Wadensten, B. (2013). The ethics of coercive treatment of people with dementia, *Nursing Ethics, 20*(3), s. 248-262. doi: 10.1177/0969733012463721

Martinsen, K. (2003a). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Akribe

Martinsen, K. (2003b). *Fra Marx til Løgstrup - om etikk og sanselighet i sykepleien*. Universitetsforlaget

Martinsen, K. (2012a). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Akribe

Martinsen, K. (2012b). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Universitetsforlaget

Meld. St. 15 (2017-2018). *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Myhre, J., Saga, S., Malmedal, W., Ostaszkievicz, J. & Nakrem, S. (2020). Elder abuse and neglect: an overlooked patient safety issue. A focus group study of nursing home leaders' perceptions of elder abuse and neglect. *BMC Health Serc Res.*, 2020, 20(1). DOI: 10.1186/s12913-020-5047-4

Nordtvedt, P. (2021). *Omtanke. En innføring i sykepleieetikk*. Gyldendal

Norsk senter for forskningsdata (2021). Informasjon til deltakerne.

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/sjekkliste-for-informasjon-til-deltakerne/>

Norsk senter for menneskerettigheter (2014). *Menneskerettigheter i norske sykehjem*. Universitetet i Oslo

Norsk sykepleierforbund (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 28.05.21 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

- Otnes, B. (2018). *Menneskerettssituasjoner til beboere i sykehjem. Operasjonalisering og tallfesting ved hjelp av SSBs statistikk over kommunale omsorgstjenester (2018/28)*. Statistisk sentralbyrå
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02- 63)*. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Solbakken, R., Bondas, T. & Kasén, A. (2020). First-Line Nurse Managers' Challenges at the Crossroads of Norwegian Health Care Reforms. *Nursing Administration Quarterly, 44*(3), s. 205-214. doi: 10.1097/NAQ.0000000000000420.
- Slettebø, Å. (2013). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (1. utg., s. 169-179). Gyldendal Akademisk
- Statistisk sentralbyrå (2020a). *Fakta om befolkningen*. <https://www.ssb.no/befolkning/faktaside/befolkningen>
- Statistisk sentralbyrå (2020b). *Befolkning*. <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkemengde/aar-per-1-januar>
- Universitetet i Oslo (2015). *Kasuistikker og drøftinger*. Hentet fra <https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/kasuistikker/>
- Univeristetet i Sørøst-Norge (2019). *Retningslinjer for behandling av personopplysninger i student- og forskerprosjekt ved Universitetet i Sørøst-Norge*. [https://www.usn.no/getfile.php/13547769-1546934679/usn.no/om_USN/Regelverk/Retningslinjer%20for%20behandling%20av%20per
sonopplysninger%20i%20student-%20og%20forskerprosjekter%20ved%20USN.pdf](https://www.usn.no/getfile.php/13547769-1546934679/usn.no/om_USN/Regelverk/Retningslinjer%20for%20behandling%20av%20personopplysninger%20i%20student-%20og%20forskerprosjekter%20ved%20USN.pdf)
- Rokstad, A. M. M. & Smebye, K. L. (Red.). (2020). *Personer med demens – møte og samhandling*. Cappelen Damm Akademisk
- Rustad, E., C., Furnes, B., Cronfalk, B., S. & Dysvik, E. (2016). Older patients experiences during care transition. *Patient Preference and Adherence, 2016*(10), s. 769-779.

United Nations Population Fund (2020). *World population dashboard*.
<https://www.unfpa.org/data/world-population-dashboard>

Ursin, L. (2020). Tvang. I E. Bolstad (Red.), *Store Medisinske Leksikon*. Hentet 11.05.21 fra
<https://sml.snl.no/tvang>

Verdens helseorganisasjon (2020). *Dementia*. Hentet fra
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Walker, R., Johns, J., & Halliday, D. (2015). How older people cope with frailty within the context of transition care in Australia: implications for improving service delivery. *Health & Social Care in the Community*, 23(2), 216-224.
<http://ezproxy1.usn.no:2056/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=9c3b8e50-c0cf-49b0a92a8dbc11df4ce1%40sdc-v-sessmgr02>

Wyller, T., B. (2020). *Geriatrici. En medisinsk lærebok*. Gyldendal

9 Vedlegg

9.1 Vedlegg 1: Søknad til NSD

Meldeskjema 837997

Sist oppdatert

22.12.2020

Hvilke personopplysninger skal du behandle?

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Adresse eller telefonnummer
- E-postadresse, IP-adresse eller annen nettidifikator
- Lydopptak av personer
- Bakgrunnsopplysninger som vil kunne identifisere en person

Type opplysninger

Du har svart ja til at du skal behandle bakgrunnsopplysninger, beskriv hvilke

En av metodene som vil benyttes er å intervju avdelingsledere på sykehjem. I den forbindelse vil jeg få tilgang til deres fulle navn og signatur i forbindelse med utfylling av samtykkeskjema. Jeg vil få tilgang til informasjon om deres arbeidssted. Jeg vil få tilgang til deres mailadresse og/ eller telefonnummer i forbindelse med å avtale tidspunkt for intervju. Siden det er et kvalitativt intervju kan det fremkomme informasjon som er personidentifiserbare.

Skal du behandle særlige kategorier personopplysninger eller personopplysninger om straffedommer eller lovovertridelser?

Nei

Prosjektinformasjon

Prosjekttittel

Avdelingsleders erfaringer med å forebygge bruk av tvang overfor personer med demens

Prosjektbeskrivelse

Prosjektet er en masteroppgave i masterprogrammet "Master i klinisk helsearbeid", med fordypning i geriatri. Ansvarlig institusjon er Universitetet i Sørøst-Norge, fakultet for helse- og sosialvitenskap, institutt for sykepleie- og helsevitenskap.

Dersom opplysningene skal behandles til andre formål enn behandlingen for dette prosjektet, beskriv hvilke

Muligheten for å skrive en artikkel om prosjektet holdes åpen, men alle data vil være anonymisert.

Begrunn behovet for å behandle personopplysningene

Mengden personopplysninger begrenses til det helt nødvendige. Navn, informasjon om arbeidssted, samt telefonnummer og/ eller mailadresse, vil være nødvendig for å avtale tidspunkt for intervju med informantene i studien.

Prosjektbeskrivelse

Prosjektbeskrivelse 6210.pdf

Ekstern finansiering

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Hilde Engedal, engedalhilde@gmail.com, tlf: 41656560

Behandlingsansvar

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for sykepleie- og helsevitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Truls Juritzen, Truls.Juritzen@usn.no, tlf: 35026494

Skal behandlingsansvaret deles med andre institusjoner (felles behandlingsansvarlige)?

Nei

Utvalg 1

Beskriv utvalget

Avdelingsledere på sykehjem

Rekruttering eller trekking av utvalget

Utvalget til studien vil rekrutteres ved å ta direkte kontakt per mail og/ eller telefon med institusjonssjef ved ulike sykehjem.

Alder

20 – 75

Inngår det voksne (18 år +) i utvalget som ikke kan samtykke selv?

Nei

Personopplysninger for utvalg 1

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Adresse eller telefonnummer
- E-postadresse, IP-adresse eller annen nettidifikator
- Lydopptak av personer
- Bakgrunnsopplysninger som vil kunne identifisere en person

Hvordan samler du inn data fra utvalg 1?

Personlig intervju

Vedlegg

INTERVJUGUIDE PROSJEKTBEKRIVELSE.pdf

Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

Informasjon for utvalg 1

Informerer du utvalget om behandlingen av opplysningene?

Ja

Hvordan?

Skriftlig informasjon (papir eller elektronisk)

Informasjonsskriv

Informasjonsskriv.pdf

Tredjepersoner

Skal du behandle personopplysninger om tredjepersoner?

Nei

Dokumentasjon

Hvordan dokumenteres samtykkene?

- Elektronisk (e-post, e-skjema, digital signatur)
- Manuelt (papir)

Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?

Samtykket kan trekkes tilbake muntlig eller skriftlig.

Hvordan kan de registrerte få innsyn, rettet eller slettet opplysninger om seg selv?

Intervjuene vil transkriberes og oversendes informantene for gjennomsyn. På den måten ønskes det å sikre at informantene mener de har blitt forstått riktig og at informasjonen er korrekt.

Totalt antall registrerte i prosjektet

1-99

Tillatelser

Skal du innhente følgende godkjenninger eller tillatelser for prosjektet?

Behandling

Hvor behandles opplysningene?

- Ekstern tjeneste eller nettverk (databehandler)
- Private enheter

Retningslinjer/tillatelse til å behandle opplysninger på private enheter

Retningslinjer for behandling av personopplysninger i student- og forskerprosjekter ved USN.pdf

Hvem behandler/har tilgang til opplysningene?

- Prosjektansvarlig
- Student (studentprosjekt)
- Databehandler

Hvilken databehandler har tilgang til opplysningene?

Vedrørende "Databehandler": Det kan være intervjuene gjennomføres digitalt grunnet covid-19. USN har databehandleravtale med Teams/ Zoom, og det er dette som vil benyttes ved digitale intervju. Student vil ha tilgang til opplysningene gjennom hele prosjektet. Prosjektansvarlig vil kunne få tilgang til opplysninger gjennom veiledning av student. Databehandlingen vil foregå med UiO Nettskjema diktafon og lydfilene overføres til UiO Nettskjema. Deretter vil lydfilene transkriberes av studenten. Transkripsjonene vil anonymiseres og lagres på kryptert minnepinne.

Tilgjengeliggjøres opplysningene utenfor EU/EØS til en tredjestat eller internasjonal organisasjon?

Nei

Sikkerhet

Oppbevares personopplysningene atskilt fra øvrige data (koblingsnøkkel)?

Ja

Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?

- Opplysningene anonymiseres fortløpende
- opplysningene krypteres under lagring

Varighet

Prosjektperiode

01.01.2021 - 01.10.2021

Skal data med personopplysninger oppbevares utover prosjektperioden?

Nei, data vil bli oppbevart uten personopplysninger (anonymisering)

Hvilke anonymiseringstiltak vil bli foretatt?

- Lyd- eller bildeopptak slettes
- Personidentifiserbare opplysninger fjernes, omskrives eller grovkategoriseres

Vil de registrerte kunne identifiseres (direkte eller indirekte) i oppgave/avhandling/øvrige publikasjoner fra prosjektet?

Nei

9.2 Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Avdelingsleders erfaringer med å forebygge bruk av tvang overfor personer med demens

Referansenummer

837997

Registrert

17.12.2020 av Hilde Engedal - 231268@student.usn.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for sykepleie- og helsevitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Truls Juritzen, Truls.Juritzen@usn.no, tlf: 35026494

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Hilde Engedal, engedalhilde@gmail.com, tlf: 41656560

Prosjektperiode

01.01.2021 - 01.10.2021

Status

22.12.2020 – Vurdert

Vurdering (1)

22.12.2020 – Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 22.12.20, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TAUSHETSPLIKT

Helsepersonell har taushetsplikt. Det er derfor viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltindivider eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, tidspunkt, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Dere må også være forsiktige med å bruke eksempler under intervjuene. Student og informant har et felles ansvar for det ikke kommer frem taushetsbelagte opplysninger under intervjuet. Det kan derfor være hensiktsmessig om student avklarer dette med informanten i forkant av intervjuet.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på "Del prosjekt" i meldeskjemaet.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-enderinger-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.10.21.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den

registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Microsoft Teams, Zoom og UiOs Nettskjema er databehandlere i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

9.3 Vedlegg 3: Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

"Hvilke erfaringer har avdelingsledere på sykehjem gjort seg i arbeidet med å forbygge bruk av tvang overfor mennesker med demens?"

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvilke erfaringer avdelingsledere på sykehjem har gjort seg i arbeidet med å forebygge bruk av tvang overfor mennesker med demenssykdom. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Forskningsprosjektet er et masteroppgaveprosjekt i "Master i klinisk helsearbeid" med fordypning i geriatri. Studien skal undersøke hvilke erfaringer avdelingsledere på sykehjem har gjort seg i sitt arbeid med mennesker med demenssykdom.

Sentrale forskningsspørsmål som skal undersøkes er:

- Hvilke utfordringer/ dilemma står avdelingsleder overfor knyttet til bruk av tvang overfor mennesker med demens?
- Hvilke tverrfaglige samarbeidspartnere har avdelingsleder i det forebyggende arbeidet?
- Hvilke rammefaktorer mener avdelingsleder kan bidra til å forebygge bruk av tvang overfor mennesker med demens?
- Hvilken rolle mener avdelingsleder at lovverket har knyttet til å forebygge bruk av tvang overfor mennesker med demens?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Sørøst-Norge er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Dette informasjonsbrevet sendes til institusjonssjef/ virksomhetsleder på sykehjem med skjermede avdelinger på det sentrale Østlandet.

Inklusjonskriterier i studien er:

- Deltageren innehar en avdelingslederstilling på sykehjem når intervjuene skjer
- Deltageren skal ha vært avdelingsleder på sykehjem i minimum 2 år
- Deltageren har minimum en treårig helsefaglig utdanning på høyskole/universitetsnivå
- Avdelingsleder er leder på en skjermet demensavdeling på sykehjem

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det et individuelt intervju. Det vil ta deg omtrent 60 minutter. Intervjuet kan foregå der du ønsker, også digitalt.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Ved behandlingsansvarlig institusjon vil Hilde Engedal (student) og Truls Juritzen (veileder) ha tilgang til dine opplysninger. Navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Intervjuene vil tas opp med lydopptaker som automatisk sender lydfilen til sikker server, slik at ditt personvern blir ivaretatt.

Du vil ikke kunne gjenkjennes hverken i masteroppgaven eller eventuell fremtidig publikasjon av masteroppgaven.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes, senest 01.10.21. Lydopptak slettes ved prosjektavslutning.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Sørøst-Norge har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Sørøst-Norge ved Truls Juritzen (tlf. 35026494/ 95228465) eller Hilde Engedal (tlf. 41656560).
- Vårt personvernombud: Paal Are Solberg (tlf. 35 57 50 53/ 918 60 041)

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Hilde Engedal

Student

Truls Juritzen

Veileder

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet "Hvilke erfaringer har avdelingsledere på sykehjem gjort seg i arbeidet med å forbygge bruk av tvang overfor mennesker med demens?", og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

9.4 Vedlegg 4: Formell henvendelse til potensielle informanter

SV: Deltagelse i masterstudie

Emne: Deltagelse i mastergradsstudie

Heil

Jeg tar kontakt med deg i forbindelse med at jeg i Januar 2021 starter opp mastergradsprosjektet mitt. Mastergradsprosjektet er en del av Master i klinisk helsearbeid med fordypning i geriatri ved Universitetet i sørøst-Norge.

Mitt mastergradsprosjekt har problemstillingen «*Hvilke erfaringer har avdelingsledere på sykehjem gjort seg i arbeidet med å forbygge bruk av tvang overfor mennesker med demens?*». Dette er en kvalitativ studie der jeg ønsker å intervju avdelingsledere på skjermede avdelinger for personer med demens på sykehjem.

Målet med studien er å undersøke avdelingsleders erfaringer, knytte deres erfaringer til forskningslitteratur og derigjennom produsere ny kunnskap. Litteratursøk har vist at det kan være et stort kunnskapshull når det kommer til studier om avdelingsleders erfaringer på dette området. Denne studien kan bidra til å gi viktig kunnskap og perspektiv på et fagområde som både i nåtid og fremtid er svært aktuelt og viktig.

Prosjektet er meldt inn til Norsk Senter for forskningsdata og ble 22.12.20 vurdert til å møte krav til behandling av personvernopplysninger.

Rekruttering av deltagere i studien starter i disse dager. Jeg lurar på om noen av avdelingslederne ved deres institusjon kan tenke seg å få mer informasjon om prosjektet, for å muligens delta som informant i studien. *De som velger å delta vil ikke kunne bli identifisert i masteravhandling eller eventuelle fremtidige publikasjoner.* Jeg legger ved informasjonsskriv om studien.

Håper på positiv tilbakemelding fra deg. Dersom du ønsker mer informasjon kan du gjerne sende meg en mail. Jeg nås også på telefon 41656560.

Med vennlig hilsen

Hilde Engedal

Hei!

Jeg tar kontakt med deg i forbindelse med at jeg i Januar 2021 starter opp mastergradsprosjektet mitt. Mastergradsprosjektet er en del av Master i klinisk helsearbeid med fordypning i geriatri ved Universitetet i sørøst-Norge.

Mitt mastergradsprosjekt har problemstillingen «*Hvilke erfaringer har avdelingsledere på sykehjem gjort seg i arbeidet med å forbygge bruk av tvang overfor mennesker med demens?*». Dette er en kvalitativ studie der jeg ønsker å intervju avdelingsledere på skjermede avdelinger for personer med demens på sykehjem.

Målet med studien er å undersøke avdelingsleders erfaringer, knytte deres erfaringer til forskningslitteratur og derigjennom produsere ny kunnskap. Litteratursøk har vist at det kan være et stort kunnskapshull når det kommer til studier om avdelingsleders erfaringer på dette området. Denne studien kan bidra til å gi viktig kunnskap og perspektiv på et fagområde som både i nåtid og fremtid er svært aktuelt og viktig.

Prosjektet er meldt inn til Norsk Senter for forskningsdata og ble 22.12.20 vurdert til å møte krav til behandling av personvernopplysninger.

Rekruttering av deltagere i studien starter i disse dager. Jeg lurar på om noen av avdelingslederne ved deres institusjon kan tenke seg å få mer informasjon om prosjektet, for å muligens delta som informant i studien. *De som velger å delta vil ikke kunne bli identifisert i masteravhandling eller eventuelle fremtidige publikasjoner.* Jeg legger ved informasjonsskriv om studien.

Håper på positiv tilbakemelding fra deg. Dersom du ønsker mer informasjon kan du gjerne sende meg en mail. Jeg nås også på telefon 41656560.

Med vennlig hilsen

Hilde Engedal

9.5 Vedlegg 5: Svar fra virksomhetsleder/ institusjonssjef

[REDACTED]
ti. 29.12.2020 13:50

Til: Hilde Engedal

Kopi: [REDACTED]

Hei

Avdelingssykepleier på skjermet/forsterket avdeling på [REDACTED] er villig til å delta i mastergrad prosjektet.

Hun heter [REDACTED]

Kontaktinformasjon [REDACTED]

m [REDACTED]

Mvh

[REDACTED]
Tjenesteleder
[REDACTED]

...

[REDACTED]
ma. 28.12.2020 10:25

Til: Hilde Engedal

Jeg har sendt forespørselen til avdelingsleder for avdeling for beboere med demens sykdom. Hun kontakter deg.

...

[REDACTED]
ma. 28.12.2020 14:38

Til: Hilde Engedal

Kopi: [REDACTED]

Hei Hilde.

Jeg tenker følgende avdelingsledere hos meg bidra:

[REDACTED]
De er på kopi i denne mail.

Med vennlig hilsen

[REDACTED]
[REDACTED]
Virksomhetsleder
[REDACTED]
Ti [REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]
ma. 28.12.2020 13:01

Til: Hilde Engedal

Kopi: [REDACTED]



Informasjonsskriv.pdf

158 kB

Hei

Jeg videresender din epost til avdelingssykepleierne. De avgjør selv om de vil delta eller ikke, men det er ok for meg at du kontakter dem.

[REDACTED]
[REDACTED]
Mvh [REDACTED]

9.6 Vedlegg 6: Intervjuguide

INTERVJUGUIDE

Problemstilling:

"Hvilke erfaringer har avdelingsledere på sykehjem gjort seg i arbeidet med å forbygge bruk av tvang overfor mennesker med demens?"

1. Kan du fortelle om avdelingen du leder?
 - Rytme/ rutiner
 - Fagdekning, faste stillinger?, turnover
 - Arbeidsmiljø
 - Bygningsmessige forhold

2. Hva er fokusområder i avdelingen?
 - Hva jobbes det mest med?
 - Hva er fokus i rapporter, undervisning? Utveksler personalet erfaringer? Refleksjonsgrupper?
 - Benyttes noen spesiell metode i forhold til å arbeide med utfordrende atferd og tillitsskapende tiltak (VIPS praksismodell, Marte Meo, «Min livshistorie» etc.)

3. Opplever du situasjoner som kan være utfordrende med tanke på samarbeid mellom personalet og pasient/ beboer? Kan du evt. fortelle mer om disse situasjonen?
 - Er det noen situasjoner som går igjen? (personlig hygiene, medisiner etc)
 - Hvordan arbeider dere i disse situasjonene?
 - Hva fokuseres det på i disse situasjonene?
 - Tillitsskapende tiltak
 - *Er det spesielle dilemma avdelingsleder møter på i disse situasjonene?*

4. Når utfordrende situasjoner oppstår; hva anser du at kan være forebyggende for at det vurderes nødvendig med bruk av tvang?
 - Kompetanse hos personale?
 - Kunnskap om pasienten?
 - Tid? Rutiner?
 - Tidslinje – nåtid eller forebyggende for fremtid?

5. I utfordrende situasjoner; hva anser du som leder at er viktig som støtte i vurderingen av hva som er riktig å gjøre?

- Lowverk? Rutiner/ retningslinjer?

6. Dersom det vurderes at det er nødvendig å skrive vedtak om tvungen helsehjelp (pbrl kap. 4A); hvordan arbeider dere med dette?

- Hvem igangsetter? Hvor kommer ideen fra? Hvem sitt ansvar?
- Hvem er involvert? Lege, avdelingsleder, sykepleier, fagarbeidere? Pårørende?
- Opplever avdelingsleder at personalet er trygge og har nok kunnskap i denne prosessen?

7. Er det noe du ønsker å legge til eller noe du tenker er viktig som vi ikke har snakket om?