

Universitetet i Sørøst-Norge  
Institutt for sykepleie

—  
Bacheloroppgave

:  
**Vår 2023**

Margaret Sand og Eirin M. Jordheim Nordbye  
Tvang i demensomsorgen



# Universitetet i Sørøst-Norge

## Sykepleievitenskap 3 B - Forskning og fagutvikling i sykepleie

SPLFOFA

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	09-01-2023 09:00 CET	<b>Termin:</b>	2023 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	15-03-2023 14:00 CET	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bachelor oppgave		
<b>Flowkode:</b>	222 SPLFOFA 1 IA-D 2023 VÅR Drammen		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	6034
---------------------	------

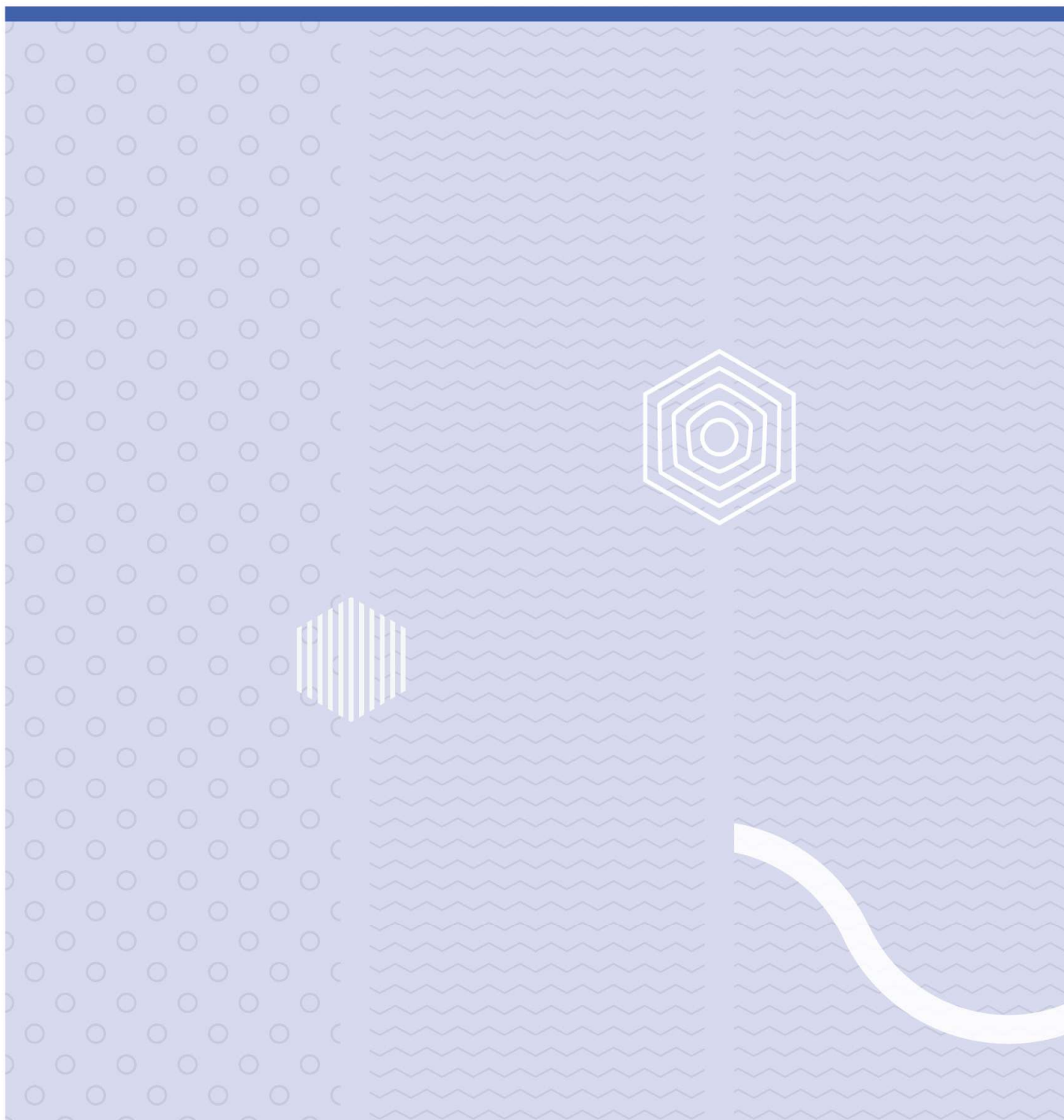
### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	47
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	6001

Kandidatnummer: 6001 og 6034

# Tvang i demensomsorgen

Antall ord: 7673



# Sammendrag

**Bakgrunn:** Oppgaven handler om forebygging av tvang. Bakgrunnen er dokumentert bruk av tvang i demensomsorgen. Dette var foranledningen til at Stortinget vedtok et tillegg til pasientrettighetsloven, som omhandler helsehjelp til pasienter som motsetter seg dette.

**Hensikt/problemstilling:** Hensikten med oppgaven er å finne ut av hvordan sykepleier kan bidra til å forebygge bruk av tvang hos personer med demens som bor på sykehjem.

**Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie. Seks forskningsartikler, pensumlitteratur og fagartikler ble brukt for å besvare problemstillingen, sammen med egne erfaringer. Databasene som ble benyttet er CINAHL, ProQuest og Oria. Nøkkelord er «demens», «tvang», «utfordrende atferd» og «sykehjem».

**Resultat:** Forskningsfunnene viser at sykepleier trenger kunnskap om demenssykdommer, grunnleggende behov, jus og etikk i arbeidet med personer med demens. Avgjørende er kjennskap til pasienten og kunnskap om tiltak/tilnæringsmåter. Ressurser og sykehjemets organisering spiller en stor rolle i forebyggingen av bruken av tvang.

**Konklusjon:** Oppgaven viser at sykepleier kan bidra mye i det forebyggende arbeidet mot tvangsbruk, men er avhengig av rammene vi arbeider under. Mangel på kunnskap, lite bevissthet rundt lovverket og knapphet på ressurser øker risikoen for tvangsbruk. Kjennskap til pasienten, kunnskap om demenssykdommer og tiltak/tilnæringsmåter kan forebygge tvang. Sykepleier kan bidra til økt bevissthet i refleksjoner med kollegaer.

*«Hvis det i sannhet skal lykkes å føre et menneske hen til et bestemt sted,  
må man først passe på å finne ham der hvor han er, og begynne der.  
Dette er hemmeligheten i all hjelpekunst»*

Søren Kierkegaard  
(oversatt fra Dansk)

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Introduksjon</b>	<b>4</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	4
1.2	Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans .....	5
1.3	Problemstilling .....	5
1.4	Avgrensning .....	5
1.5	Teoridel .....	6
1.5.1	Demens .....	6
1.5.2	Personsentrert omsorg .....	7
1.5.3	Kommunikasjon .....	8
1.5.4	Tvang .....	9
1.5.5	Jus og etikk .....	10
<b>2</b>	<b>Metodedel</b>	<b>11</b>
2.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	12
2.2	Kildekritikk .....	13
2.3	Temaanalyse .....	13
<b>3</b>	<b>Resultater</b>	<b>15</b>
3.1	Kunnskap .....	15
3.2	Ressurser .....	17
3.3	Kjennskap til pasienten .....	17
3.4	Tiltak og tilnæringsmåter .....	18
<b>4</b>	<b>Diskusjon</b>	<b>20</b>
4.1	Årsaker til at tvang oppstår .....	20
4.1.1	Mangel på kunnskap .....	20
4.1.2	Mangel på ressurser .....	22
4.2	Faktorer som kan bidra til å forebygge bruk av tvang .....	23
4.2.1	Kjennskap til pasienten .....	23
4.2.2	Tiltak og tilnæringsmåter .....	24
4.3	Metodediskusjon .....	26
<b>5</b>	<b>Konklusjon</b>	<b>27</b>
<b>6</b>	<b>Litteraturliste</b>	<b>28</b>

# 1 Introduksjon

Antall personer som lever med demens i Norge er stigende. Det er de store barnekullene fra etterkrigsårene som nå er blitt eldre, i tillegg til at vi lever stadig lenger. Ifølge tall fra FHI (2021) er det i Norge i dag ca. 101.000 personer som lever med demens, og det forventes mer enn en dobling innen år 2050. Personer med demenssykdom er spesielt sårbare blant annet fordi de er avhengig av pleiepersonalets hjelp, tid, kompetanse og holdninger. Sårbarheten gjør at pasienten er ekstra utsatt for å bli utsatt for bruk av tvang (Kirkevold, 2020 s. 85).

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det er dokumentert bruk av tvang i eldreomsorgen, særlig overfor personer med demens (Kirkevold, 2018, s. 382). Forskning har også vist at pleien var dårligst for pasienter med redusert kognitiv kapasitet og lav egenomsorgsevne, samt for pasienter som var aggressive og utagerende (Slettebø & Pedersen, 2020, s. 227). Tvang er et omdiskutert tema som setter pleiepersonell i etiske dilemmaer. Grensen mellom frivillighet og tvang kan være hårfin (Hem et. al, 2010, s. 295). Vi har som sykepleiestudenter selv sett utøvelse av flere typer tvang i praksis. Vi ønsker med denne oppgaven å få mer kunnskap om årsaken til bruk av tvang og mulige løsninger og metoder som kan forebygge dette.

Vi ønsker videre å sette søkelys på dette temaet fordi tvangsbruk mot demente var noe av grunnen til at Stortinget i desember 2007 vedtok et tillegg til pasientrettighetsloven (kapittel 4A). Lovtillegget omhandler helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen. Bestemmelsenes formål skal forebygge og begrense bruk av tvang, men også passe på at personer uten samtykkekompetanse får nødvendig helsehjelp (Kirkevold, 2018, s. 382).

Regjeringen ønsker et mer demensvennlig samfunn (HOD, 2020). Dette krever kunnskap om demens særlig i helse- og omsorgstjenestene, men også generelt i samfunnet. (ibid.).

I disse dager er det dessuten en stor debatt rundt eldreomsorgen i Norge, hvor også tvangsbruk på sykehjem er et av temaene.

## 1.2 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans

Kunnskap om demensomsorg er relevant for sykepleiere på grunn av det økende hjelpebehovet hos de demenssyke, og fordi over 80% av de som har langtidsplass på sykehjem har demenssykdom (FHI, 2021). Vi vil også møte disse pasientene i andre deler av helsetjenesten.

Som sykepleiere vil vi møte etiske problemstillinger og utfordringer daglig i arbeidet med personer med demens. Utfordringene blir spesielt store når pasienten ikke selv er i stand til å uttrykke eller ivareta sine behov, interesser og ønsker. Vurderinger av om hjelp bør gis mot pasientens vilje er komplekse og utfordrende. Det kreves kjennskap til den enkelte pasient, sykepleiefaglig kunnskap, etisk og juridisk kompetanse og en hensiktsmessig organisering av tjenesten (Brodtkorb, 2020, s. 181).

I henhold til de yrkesetiske retningslinjene er grunnlaget for all sykepleie respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet (NSF, 2019). Ifølge kapitlet om sykepleier og profesjonen har sykepleier et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie (NSF, 2019).

## 1.3 Problemstilling

- *Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge bruk av tvang i demensomsorgen?*

## 1.4 Avgrensning

Oppgaven handler om personer med langtkommen demens og som har langtidsplass på sykehjem. Vi fokuserer på demenssyke som motsetter seg nødvendig helsehjelp og hvordan personalet møter pasientens utfordrende adferd. I artikkelsøkene inkluderer vi alle ansatte som arbeider i pleien, men ønsker å fokusere spesielt på *sykepleiers* spesielle ansvar og rolle. Vi skriver om demens generelt, og utdyper ikke de enkelte typene av demens.



## 1.5 Teoridel

### 1.5.1 Demens

Demens er en samlebetegnelse på «flere hjernesykdommer som medfører kognitiv svikt og andre funksjonstap som påvirker evnen til å klare seg selv i dagliglivet» (FHI, 2021). De fleste demenstilfellene er knyttet til høy alder, men ses ikke på som en normal del av aldringsprosessen (ibid.). Som oftest utvikler demenssykdommene seg over en tiårsperiode, men hos noen kan det gå langsommere og hos andre kan det gå raskere. Etter hvert som sykdommen utvikler seg, vil de ulike sykdommene vises mer og mer likt, spesielt problemene med hukommelsen (Engedal & Haugen, 2018, s. 20). Den vanligste demenssykdommen er Alzheimers sykdom. Andre vanlige demenssykdommer er frontotemporal demens, lewylegemedemens og vaskulær demens (Helsedirektoratet, 2017).

Symptomene på demens kan deles inn i kognitive, atferdsmessige og motoriske symptomer (Rokstad, 2020, s. 36). Svikt i *kognitive funksjoner* innebærer svekket hukommelse, læringsevne og oppmerksomhet (Skovdahl, 2020, s. 422-423). Andre kognitive symptomer er vanskeligheter med å orientere seg i tid og rom, handlingssvikt og manglende evne til å tolke sanseintrykk, i tillegg til språkvansker (ibid.). I denne oppgaven fokuserer vi på personer med langtkommen, eller alvorlig, demens, som er siste stadium i det progredierende sykdomsforløpet. I dette stadiet er pasienten avhengig av kontinuerlig tilsyn og pleie (Skovdahl, 2020, s. 422).

*De atferdsmessige og følelsesmessige endringene* kalles ofte nevropsykiatriske symptomer, eller de kan benevnes som utfordrende atferd (Rokstad, 2020, s. 197). Nevropsykiatriske symptomer er vanlige ved demenssykdom, og vil oppstå hos de fleste utover i demensforløpet (Selbæk, 2018, s. 246). Symptomene grupperes i psykotiske- og affektive symptomer, og agitasjon, se tabell 1.

Tabell 1 Nevropsykiatriske symptomer (Rokstad, 2020, s. 197)

Hovedgruppe	Eksempler på symptomer
Agitasjon	Aggresjon, irritabilitet, oppstemthet, manglende hemninger og uro
Psykotiske symptomer	Vrangforestillinger og hallusinasjoner
Affektive symptomer	Depresjon, angst og apati

Utfordrende atferd kan oppstå dersom pasienten har et fysisk eller psykisk behov som ikke er dekket, eller det kan være en forståelig reaksjon på krav eller reaksjoner fra omgivelsene (Rokstad, 2020, s. 198). Å ikke vite hvilken dag eller måned det er, hvor man befinner seg, hvor barna er – eller om ektefellen eller foreldrene fortsatt lever vil sannsynligvis oppleves svært utrygt og uoversiktlig (Engedal & Haugen, 2018, s. 51). Vrangforestillinger og hallusinasjoner kan f.eks. føre til at pasienten opplever at noen er ute etter dem eller at noen stjeler fra dem.

Vrangforestillingene kan være vanskelig å rette på, og pasientene blir ofte provosert av å bli sagt imot (Rokstad, 2020, s. 212). Tidligere traumer kan være fortrent og ubearbeidet, og vansker knyttet til tidsorientering kan gjøre at personen opplever den traumatiske hendelsen på nytt. Når evnen til logisk tenkning blir redusert, kan evnen til å forstå og holde hendelsen på avstand blir mindre – og kan føre til sterk uro, fortvilelse og angst (Engedal & Haugen, 2018, s. 55).

Mange med demens har problemer med å uttrykke kroppslig og psykisk smerte og ubehag. Personalet må derfor være ekstra oppmerksom på endringer i adferd, mimikk og kroppsholdning som uttrykk for smerte og uro (Rokstad, 2020 s. 54-55). Når pleiepersonalet skal prøve å finne ut av utfordringene bør de først å fremst se til at grunnleggende primærbehovene som smerteproblematikk, ernæring, eliminasjon, og andre somatiske årsaker er tilfredsstilt, i tillegg til psykiske behov (Eskeland, 2017, s. 201).

Atferdsendringene gir redusert livskvalitet for pasientene og er en stor påkjenning for de pårørende (Rokstad, 2020, s. 197). Det er viktig at fagpersonene rundt personen med demens kartlegger forekomsten av symptomene og situasjonen rundt, samt reaksjonsmønstrene, for å sikre en så god behandling som mulig (Skovdahl, 2020, s. 423-424).

### 1.5.2 Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg er verdigrunnlaget i omsorg rettet mot personer som har kognitiv svikt og demens (Skovdahl, 2020, s. 416-417), og er en anbefaling iht. nasjonal faglig retningslinjer for demensomsorg (Helsedirektoratet, 2017). Filosofien bak personsentrert demensomsorg ble utviklet av den britiske psykologen Tom Kitwood (1937-1998), og har som hovedmål å vektlegge personens ressurser og muligheter (Skovdahl, 2020, s. 417). Personsentrert omsorg inngår i

sykepleiers kjernekompetanse. Det handler om å søke etter personen som et unikt menneske (Gustin, 2016, s. 140).

Personsentrert demensomsorg innebærer å ta hensyn til personen med demens sin opplevelse av situasjonen, ønsker og vaner (Skovdahl, 2020, s. 427). Sykepleiers rolle blir derfor å tilrettelegge for et så godt og aktivt liv som mulig til tross for demenssykdommen, til å oppleve mestring og få individuelt tilpasset pleie og støtte der vedkommende har funksjonssvikt (ibid.). Å møte personens grunnleggende psykologiske behov for trøst, tilknytning, identitet, beskjeftigelse og inklusjon er også en viktig del av dette. Kjernen i disse behovene er behovet for kjærlighet (Rokstad, 2020, s. 54). Trøst fremmer trygghet og minsker angst og ubehag, inkludert kroppslige og psykiske smerter. For en demenssyk er dette ekstra viktig fordi sykdommen ofte medfører usikkerhet, utrygghet og angst. Å fremme verdighet er viktig helsepolitisk mål som blant annet beskrives i *forskrift om en verdig eldreomsorg* (Kristoffersen, 2016, s. 17).

En metode for å få innarbeidet personsentrert omsorg i de daglige rutinene er å arbeide systematiske etter VIPS – modellen. Denne modellen løfter frem perspektivene til personen med demens og involverer hele personalgruppa:

**V:** et verdigrunnlag som anerkjenner menneskets absolutte verdi, uavhengig av alder eller kognitiv funksjon.

**I:** en individuell behandling som vektlegger det unike hos hvert enkelt menneske

**P:** en evne til å forstå verden, sett fra personens perspektiv

**S:** etablering av et støttende miljø som dekker personens psykologiske behov.

(Rokstad, 2020, s. 58).

### 1.5.3 Kommunikasjon

Travelbee beskriver at gjennom kommunikasjon blir sykepleieren kjent med pasienten som person. Dette er en forutsetning for å kunne planlegge sykepleie i samsvar med behovene (Kristoffersen, 2016, s. 35). God kommunikasjon fremmer tillit og trygghet og kan stimulere pasientens utvikling og motivasjon. For helsepersonell er det viktig å uttrykke seg enkelt og direkte og legge sitt eget språk så tett opp til den andres som det er naturlig og mulig (Eide & Eide, 2017,

s. 39). Personorientert kommunikasjon man både lytter aktivt til det den andre sier, men også til det som *ikke* sies. Dvs. det som ligger mellom linjene (Eide & Eide, 2017, s. 17).

I arbeidet med personer med demens, er berøring en viktig kommunikasjonsform. Fysisk berøring er godt egnet til å uttrykke følelser som sympati og trøst. En demenssyk pasient kan ha glede av fysisk berøring langt inn i sykdomsforløpet fordi de emosjonelle funksjonene bevares i lang tid selv om de kognitive funksjonene er svekket (Brodtkorb, 2020, s. 179). Den nonverbale kommunikasjonen er et viktig bidrag til det å skape en relasjon til en dement person. Et smil, god øyekontakt, interesse og imøtekommenhet fra pleiepersonell kan bidra til at den syke føler seg sett, hørt og forstått (Eide & Eide, 2017, s. 35).

#### 1.5.4 Tvang

Tvang kan defineres som «fravær av samtykke» (Johnsen & Smebye, 2020, s. 246). Å bli utsatt for tvang vil for de aller fleste mennesker oppleves som en krenkelse av sin integritet. For personer med demens er det ikke utenkelig at de kan oppleve krenkelsen enda sterke enn andre, fordi de ikke forstår hva som skjer (Johnsen & Smebye, 2020, s. 255). I tillegg til å krenke pasienten kan bruk av unødvendig tvang bryte ned tilliten til helsepersonell, og skape engstelse og utrygghet hos personer med demens (Eide & Eide, 2017, s. 323). Dette kan øke aggressiv og voldelig atferd hos pasientene, og man kan komme inn i en ond sirkel som kan føre til stadig mer maktbruk hos personene med demens (ibid.).

##### *I hvilke situasjoner oppstår tvang?*

Undersøkelser og rapporter viser at det foregår en betydelig bruk av tvang i demensomsorgen som ikke er hjemlet i lovverket (Helsetilsynet, 2013, s. 13). Ifølge en studie utført av Kirkevold (2005) oppstod bruk av tvang på sykehjem hyppigst i forbindelse med ADL (dagliglivets aktiviteter), mekanisk tvang (tilbakeholdelse i stol eller seng), i forbindelse med medisinske undersøkelser og ved administrering av legemidler.

## *Lov om tvangsbruk*

I utgangspunktet skal helsehjelp bare gis med pasientens samtykke (PBRL, 1999, §4-1). Dersom pasienten åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket innebærer, som for eksempel ved senil demens, kan samtykkekompetansen falle bort (PBRL, 1999, §4-3). I hvert tilfelle må samtykkekompetansen vurderes, da pasienten kan forstå og samtykke til deler av helsehjelpen (Johnsen & Smebye, 2020, s. 250). Dersom det vurderes at samtykkekompetansen har falt bort, og betingelsene for å gi helsehjelp når pasienten motsetter seg det er til stede, må tiltaket være etisk og faglig forsvarlig. I tillegg må tillitsskapende tiltak først ha vært prøvd og dokumentert (Johnsen & Smebye, 2020, s. 258). Pasientens integritet og menneskeverd må tas hensyn til og tvungen utføres på mest mulig skånsom måte. Informasjon om hva pasienten ville ha ønsket skal innhentes fra pasientens nærmeste pårørende dersom det er mulig (PBRL, 1999, §4A-1 & §4A-5).

### 1.5.5 Jus og etikk

De yrkesetiske retningslinjene sier at sykepleieren både skal respektere pasientens autonomi og beskytte pasienten mot krenkende handlinger som ulovlig og unødvendig tvang, samtidig som de plikter til å yte omsorgsfull og faglig forsvarlig hjelp (NSF, 2019). Blant de fire etiske prinsippene, som er grunnprinsipper innen helsefaglig profesjonsetikk, er prinsippene om å ikke skade, gjøre vel og respektere selvbestemmelse (Brinchmann, 2016, s. 83). Lovreguleringen skal sikre at menneskerettigheter og etiske prinsipper ivaretas, og det skal i utgangspunktet være samsvar mellom juridiske bestemmelser og etiske prinsipper og verdier (Kristoffersen, 2016, s. 179). De etiske og juridiske prinsippene kan imidlertid komme i konflikt når pasienten motsetter seg helsehjelpen. På den ene siden står hensynet til pasientens helse, mens på den andre siden står hensynet til pasientens autonomi og integritet (Lunde, 2016, s. 176). Sykepleieren skal bruke sin faglige kompetanse til pasientens beste, og ikke utføre tvangshandlinger som overkjører pasientens vilje, men heller ikke fraskrive ansvaret sitt i tilfeller der pasienten motsetter seg helsehjelpen. Sykepleiefilosofen Kari Martinsen hevder at i disse tilfellene må sykepleiere «takle en balansegang mellom formynderi og unnlåtelsessynder» (Slettebø, 2014, s. 223).

## 2 Metodedel

Metodedelen gir en beskrivelse av fremgangsmåten vi har benyttet for å samle inn informasjon og kunnskap for å få svar på problemstillingen vår (Thidemann, 2019, s. 64). Denne oppgaven er en litteraturstudie, dvs. at vi bruker data som er samlet inn av andre, såkalt sekundærdata. En litteraturstudie innebærer å gjennomføre systematiske litteratursøk i ulike databaser, tidsskrifter, bøker mm., hvor vi kritisk skal vurdere og systematisere kunnskapen fra kildene opp mot problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 75-76).

Vi startet med å søke på nasjonale retningslinjer og dokumenter, samt kikket på pensumbøker og fagbøker fra universitetets bibliotek som omhandler demens. Deretter satte vi opp et PICO-skjema ut fra problemstillingen vår, for å identifisere søkeord og begreper, se vedlegg 1. Vi foretok usystematiske søk i forskjellige databaser og nettsider som; google, google scholar, Sykepleien.no og ORIA, som er universitetsbibliotekets database, om demens, tvang og demensomsorg. I ORIA fant vi en forskningsartikkel som vi ønsket å bruke videre utfra søkeordene «demens» og «omsorg».

Det ble gjort systematisk søk i databasene CINAHL og ProQuest. CINAHL er en av verdens mest omfattende database innen sykepleie og tilgrensende fag, mens ProQuest består av flere delbaser innen helsefag, sykepleie og samfunnsvitenskap. Ved søk i CINAHL brukte vi databasens egne søkeord, «cinahl headings» (CH). Enkeltsøkene herfra ble kombinert med AND for å avgrense og presisere søkene. Ut fra fire systematiske søk i CINAHL og ProQuest med ulike kombinasjoner av søkeordene «dementia», «coercion»/«avoid coercion», «nursing homes», «nursing interventions», «nursing home personell» og «systematic review» fikk vi 6, 12, 19 og 58 treff (se vedlegg 2 søkelogg for detaljer).

Ut ifra titler som omhandlet tvang, utfordrende atferd og pasienter som motsetter seg helsehjelp plukket vi ut artikler som virket interessante. Videre leste vi abstraktene til de mest interessante artiklene, for å se om de var relevante for vår problemstilling (Thidemann, 2019, s. 29). Se tabell 2 nedenfor for en oversikt over de seks artiklene vi valgte å ta med videre til resultatdelen. Viser også til litteraturmatrise for oversikt over hensikt, metode, resultat og konklusjon (vedlegg 3).

Tabell 2 Oversikt over valgte forskningsartikler

Forfattere, (år)	Tittel
Gjerberg et al. (2013)	How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study
Thorvik et al. (2014)	God omsorg for urolige pasienter med demens
Gjerberg et al. (2016)	Coercion in nursing homes: Perspectives of patients and relatives
Brodtkorb et al. (2015)	Ethical challenges in care for older patients who resist help
Oppikofer & Geschwindner (2014)	Nursing interventions in cases of agitation and dementia
O'Donnell et al. (2022)	Strategies used by care home staff to manage behaviour that challenges in dementia: A systematic review

Fremgangsmåten forskerne hadde brukt i disse artiklene var én kvantitativ studie, fire kvalitative studier og en oversiktsartikkel. Kvantitative data er objektive data og målbare enheter, det vil si eksakt faktakunnskap (Thidemann, 2019, s. 75-76). Ved kvalitativ tilnærming forsøker man å få frem kunnskap om menneskelige egenskaper som erfaringer og opplevelser. Eksempler på kvalitative metoder er intervju, observasjon og feltarbeid (ibid.).

## 2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I et av søkene avgrenset vi til de ti siste årene. Ved de andre søkene var det så få treff på artikler at det ikke var behov for avgrensning. Vi har allikevel ikke valgt noen eldre artikler enn fra 2013, for å få med oss den nyeste forskningen. Artikler som ikke var forskningsartikler, ble ekskludert. Med unntak av en artikkel som er skrevet på norsk, har vi valgt engelskspråklige artikler. Andre inklusjonskriterier var at artiklenes tema skulle være relatert til problemstillingen; omhandle demenssykdom, urolige pasienter og/eller tvangsbruk, og at konteksten var på sykehjem.

## 2.2 Kildekritikk

Kildekritikk brukes for å «vurdere, karakterisere og identifisere om kildematerialet som er brukt er relevant til oppgavens problemstilling» (Dalland, 2012, s. 73-74). For å vurdere kvaliteten på artiklene har vi benyttet sjekklister for vurdering av kvalitative-, kvantitative- og oversiktsartikler, hentet fra USNs digitale læringsplattform «Canvas». Resultatene herfra er angitt i en kortversjon av sjekklisene, se vedlegg 4. Vi vurderte punktene i sjekklisene så godt vi kunne ut fra våre forutsetninger. Vi mener at både metoden som ble brukt og resultatene er relevante for problemstillingen vår. Alle artiklene vi brukte er fagfellevurderte, noe som kom frem under søket i CINAHL. Oversiktsartikkelen vår er ifølge methodedelen supplert med «grå litteratur», og vi gjorde i tillegg derfor et søk i registeret over vitenskapelige publiseringskanaler ([www.kanalregister.hkdir.no](http://www.kanalregister.hkdir.no)). Forskningsartiklene som er utgitt på engelsk har vi etter beste evne oversatt til norsk.

## 2.3 Temaanalyse

Vi brukte Aveyards tematiske analysemodell (Aveyard, 2018, s. 91-94) i analysen av resultatene våre. I denne modellen starter man med å ta for seg resultatdelen i alle artiklene og identifiserer tema. Her anbefaler Aveyard å bruke markeringstusj. I trinn to innordner man de identifiserte temaene under en felles kategori eller hovedtema. Dette kan gjøres ved å klippe og lime fra originalartikkelen, og gruppere, eller å lage en tabell. I trinn tre diskuteres styrken på beviset i artikkelen; en artikkel med sterke bevis kan vektlegges mer. I trinn fire, fem og seks navngis temaene, og man går tilbake til hvert tema og vurderer og gransker nøye. Likheter og forskjeller vil bli klarere, og man ser på hvordan temaene kan knyttes til hverandre. Evt. ser man nærmere på resultater som er motstridende.

I vårt arbeid med å analysere resultater har vi tilpasset modellen noe. Vi brukte ikke markeringstusj, men gikk sammen gjennom resultatene for hver artikkel, og skrev ned de identifiserte temaene i en tabell med en kolonne for hver artikkel. Deretter sammenlignet vi temaene vi hadde identifisert, plukket ut de temaene som vi mente var mest relevant for problemstillingen (forebygging av tvang), og grupperte disse under fire hovedtemaer. I vedlegg 5 har vi laget en temamatrix med oversikt over hovedtema med undertemaer. Noen undertemaer



var beskrevet i flere artikler, mens andre gjaldt kun for én eller noen få artikler. Artiklenes kvalitet og bevisenes styrke er omtalt i kapittel 2.2 Kildekritikk.

### 3 Resultater

Hensikten med litteraturstudien var å undersøke hvordan sykepleier kan bidra til å forebygge bruk av tvang i demensomsorgen. Resultatene baseres på 6 forskningsartikler som handler om demens, tvang og utfordrende adferd. I Thorvik et al. (2014) beskrives god omsorg for urolige pasienter med demens, Gjerberg et al. (2013) tar for seg ulike tiltak personale bruker når pasienten motsetter seg pleie, og hvilke forutsetninger som er nødvendig for å forebygge bruk av tvang. Artikkelen til Oppikofer og Geschwindner (2014) ser på hyppigheten av og omstendighetene rundt agitasjon, samt intervensjoner mot agitert atferd. Gjerberg et al. (2016) undersøker pasienter og pårørendes syn på bruk av tvang, mens Brodtkorb et al. (2015) går nærmere inn på etiske utfordringer i situasjoner der pasienten motsetter seg helsehjelp. O'Donnell et al. (2022) er en oversiktsartikkel over personalets strategier for å håndtere utfordrende atferd.

I lys av problemstillingen har vi plukket ut *kunnskap, kjennskap til pasienten, tiltak og tilnæringsmåter*, samt *ressurser* som hovedtemaer fra artiklene. Disse presenteres i avsnittene nedenfor.

#### 3.1 Kunnskap

I artikkelen til Thorvik et al. (2014) beskrives god omsorg for urolige pasienter blant annet som evne til og kunnskap om å se de «gylne øyeblikkene» med muligheter for å hjelpe pasienten, noe som kunne bidra til at pasienten mottok hjelp uten å yte motstand. De ansatte hadde inngående kunnskap om demenssykdommer, om menneskets fysiske og psykososiale grunnleggende behov, og prøvde kontinuerlig å tolke hva pasienten ville eller hadde behov for. De ansatte syntes å være avhengig av å kjenne kollegaene sine, og brukte hverandres kompetanse.

Gjerberg et al. (2013) beskriver at de ansatte hadde kunnskap om mange strategier de kunne bruke for å forebygge bruk av tvang. Eksempler på noen strategier var å lede oppmerksomheten vekk fra noe som kunne fremkalle angst og være fleksibel ovenfor pasienten. En forutsetning for å unngå tvang var forståelsen av atferden ut fra et medisinsk ståsted. Personell uten kompetanse brukte oftere noen typer tvang.

Oppikofer & Geschwindner (2014) konkluderte med at agitasjon kan reduseres selv ved enkle tiltak, som f.eks. å unngå støy. Ved valg av tiltak bør sykepleieren ha kunnskap om den enkelte beboers behov, samt virkningen av mulige konkrete tiltak. Denne kunnskapen gjør at sykepleier kan gjenkjenne situasjoner der agitasjon oppstår, og velge en passende intervensjon for å dempe uroen. Agitasjon oppstod oftest når beboerne var alene.

I studien til Brodtkorb et al. (2015) fremkom det at tiltak mot pasientens vilje av og til var nødvendig. I studien beskrives et eksempel der en pasient med kognitiv svikt ble gitt beroligende medikamenter mot sin vilje for å få gjennomført tannbehandling. Det ble vurdert til at dette var minst inngripende og det beste for pasienten på sikt. Det er komplekst å vurdere om helsehjelp skal gis mot pasientens vilje. Studien fant ut at de ansatte hadde begrenset bevissthet om hva som var tvang, og manglet kunnskap om vurdering av samtykkekompetanse og regelverket rundt tvangsbruk. Å utføre tvang kunne være følelsesmessig stressende for de ansatte.

Gjerberg et al. (2016) beskriver at pasientene hadde tillit til helsepersonells kompetanse. De fleste av pasientene og de pårørende som deltok i studien var positive til bruk av tvang. Men kun for å unngå helseskade, eller dersom verdigheten var truet. Pasientene, og spesielt de pårørende, var opptatt av at dersom de ansatte måtte utføre tvang skulle dette gjøres på en mest mulig medfølelse og ikke-ydmykende måte.

Oversiktsartikkelen til O'Donnell et al. (2022) forklarer at de ansatte brukte en rekke tiltak for å roe ned pasienter med utfordrende atferd («slukke branner»). Psykotrope legemidler ble brukt når ikke-farmakologiske tiltak førte frem eller når det ble vurdert som en risiko for at pasienten kunne skade andre. Det ble også brukt som en «quick-fix» for at de ansatte skulle rekke å gjøre sine plikter i tide. De ansatte manglet kunnskap om at legemidlene hadde økt risiko for slag og død. Videre ble det fremhevet at det var viktig med kunnskap om hvordan forstå og tolke atferden til de demenssyke. Ved å møte behovet til pasienten kan den utfordrende atferden minskes. Årsaker til utfordrende atferd kunne f.eks. være smerter, obstipasjon, UVI, sult, tørste. Invasjon av pasientens private sfære (stellesituasjoner), ordre om f.eks. å stå opp, spise og gå til sengs, var vanlige oppgitte årsaker til agitasjon. Flere studier viste at trening i kommunikasjonsferdigheter økte ikke-farmakologiske strategier for å støtte beboerne.

*Oppsummering:* I flere av artiklene fremheves det at kunnskap om demenssykdommer, kunnskap om hvordan man kan møte utfordrende atferd, forståelse av årsaken til den utfordrende atferden og kunnskap om menneskers grunnleggende behov er viktig i det forebyggende arbeidet mot tvangsbruk.

### **3.2 Ressurser**

Gjerberg et al. (2013) forklarer at de tiltakene personalet brukte når pasienten motsatte seg pleie og behandling kunne ses i sammenheng med organiseringen og ressursene til sykehjemmet. For eksempel hvis en oppgave skal forskyves til en annen må det være nok ansatte på jobb. Det trengs personell med relevante kvalifikasjoner og erfaring med hvordan man skal unngå tvang. Det er også nødvendig med rom for fleksibilitet i organisering av arbeidsoppgavene.

Nødvendighet av tilstrekkelig *tid* ble nevnt i fire av artiklene. Thorvik et al. (2014) sier at de ansatte «ga seg god tid, prøvde flere ganger, og var kreative i sin tilnærming» i omsorgen for de urolige pasientene. Brodtkorb et al. (2015) og Gjerberg et al. (2013) hevder at det trengtes nok tid for at handlingene hos pasienten skulle bli vellykkede, og for å unngå unødvendig bruk av tvang. De pårørende i artikkelen til Gjerberg et al. (2016) ønsket også at de ansatte skulle bruke nok tid med pasienten for å forsøke å unngå bruk av tvang.

Studien til O'Donnell et al. (2022) sier at de ansatte indikerte at de trengte støtte fra organisasjonen og en effektiv ledelse for å forbedre det tverrfaglige samarbeidet. Dette kunne fremme en team-basert tilnærming for å håndtere atferd som utfordrer. Lav lønn, mangel på ansatte og ubekvemme arbeidstider påvirket motivasjonen til de ansatte negativt.

### **3.3 Kjennskap til pasienten**

Thorvik et al. (2014) beskriver at de ansatte hadde gode kjennskaper til pasientenes væremåte og vaner, og innsikt i små nyanser i pasientens oppførsel. Dette var vesentlig for å lykkes med å hjelpe pasienten. De hadde videre en kontinuerlig årvåkenhet for raske skiftninger i pasientens tilstand, og for hva pasienten prøvde å uttrykke gjennom kroppsspråk, kroppsholdning og bevegelser.

Gjerberg et al. (2013) understreker viktigheten av å kjenne pasienten, og spesielt pasientens livshistorie, når man møter pasienter som motsetter seg helsehjelp. Dette gjorde det lettere for de ansatte å forstå pasientens preferanser for mat, hygiene etc. Å kjenne pasientens familiære bakgrunn gjør det lettere å snakke med pasienten om dere historie. Det å kjenne pasientens livshistorie ble også ansett som viktig for å kunne forstå om det var noe her som kunne forklare motstanden mot helsehjelp. Det å forstå pasientens situasjon kan legge til rette for et godt samarbeid og mindre angst i stellesituasjoner. En tillitsfull relasjon med pasienten ble fremhevet som en forutsetning for å forebygge tvang.

Resultatene fra artikkelen til Gjerberg et al. (2016) viser at pasientene og de pårørende hadde stor tiltro til at personalet visste hva som var pasientens beste, og at de valgte tiltak som hadde pasientens beste og bevaring av deres verdighet som mål. Dette selv om tiltakene var utført mot pasientens vilje. Både pasientene og de pårørende mente at nekting av å ta nødvendige medisiner samt mangel på basal hygiene legitimerte bruk av tvang.

Studien til O' Donnell et al. (2022) fremhever betydningen av å kjenne personen med demens, og ikke bare sykdommen. Viktigheten av å kjenne til pasientens særtrekk for å forstå den utfordrende adferden understrekes. Det beskrives videre hvordan pleiere bruker sin kjennskap til pasienten for å gi vedkommende personorientert omsorg med mål om å opprettholde pasientens ressurser og ferdigheter.

### **3.4 Tiltak og tilnæringsmåter**

I Thorvik et al. (2014) peker forfatterne på at pleierne alltid var beredt til å hjelpe pasienten. En tilnæringsmåte for å dempe uro var å akseptere pasientens handlinger, avvisning og uorden i avdelingen uten å korrigere pasienten. Når pasienten ikke ønsket å stå opp var pleierne fleksible ved at de brukte tid, prøvde flere ganger og var kreative i sin tilnærming. Dette kunne de gjøre ved å bytte samtaletema eller prøve å vekke pasientens nysgjerrighet overfor noe (avlede og distrahere). Dersom pleierne ikke lyktes i sitt forsøk på å hjelpe pasienten var et tiltak å bytte personale. Pleierne diskuterte med hverandre i et forsøk på å forstå pasientens behov.

Gjerberg et al. (2013) har undersøkt hvilke tilnæringsmåter de ansatte bruker for å forebygge tvang. Enkelte hadde sitt eget repertoar av tilnæringsmåter. Tiltak kunne for eksempel være forenklet ordbruk for å redusere pasientens valg, fleksibilitet; prøve igjen senere, bytte personell dersom en kollega kunne «nå frem» til pasienten på en bedre måte, eller en-til-en oppfølging av pasienten. Andre strategier var avledning og overtalelse, f.eks. ved å fokusere på noe positivt. Å bruke tvang ble ansett som absolutt siste utvei. Skjerming var et annet tiltak, som ble brukt sammen med relasjonen i en-til-en pleie.

Gjerberg et al. (2016) sier i denne artikkelen at selv om både pasient og pårørende aksepterer former for tvang i visse situasjoner, så understrekes nødvendigheten av å prøve andre alternativer først. Både pasienter og pårørende ønsket at de ansatte skulle være fleksible, prøve forskjellige strategier og bruke tid med pasienten. De pårørende så på bruk av tvang som en nødvendig onde, rettferdiggjort av tanken på pasientens beste, sikkerhet, selvbilde eller å forhindre skade. Når tvangstiltak måtte brukes mente de pårørende at dette måtte være relatert til pasientens manglende forståelse og de ansattes bevissthet om at de handlet til pasientens beste.

Oppikofer & Geschwindner (2014) undersøkte i hvilke situasjoner uro hos demente oppstod, og hvilke tiltak sykepleierne kan møte slik uro med. Noen av de mest brukte og vellykkede sykepleieintervensjonene viste seg å være; kommunikasjon/validering, individualisert omsorg, unngå støy, ivareta toalettbehov og tilby eller administrere drikke.

I oversiktsartikkelen til O'Donnell et al. (2022) kom det frem i alle studiene at personalet hadde et bredt spekter med strategier for å håndtere urolig atferd hos pasienten. En strategi var å skjerme pasienten. Å bruke en fleksibel tilnærming, utsette pleieoppgaver, gi beboeren tid og rom for å roe seg ned, samt skifte personell ble beskrevet som effektive tiltak. I tillegg beskrev de fleste hvordan de brukte distraksjon for å roe ned pasienten. Farmakologiske tiltak ble brukt dersom ikke-farmakologiske tiltak førte frem, eller når det ble vurdert som en risiko for at pasienten kunne skade andre. Personsentrert omsorg ble innlemmet i pleieplanen for å bevare og fremme pasientenes identitet, egenverd og selvbestemmelse. Personalet hevdet at personer med demens har lavere stressterskel når det gjelder påvirkning fra omgivelsene. Å fjerne triggerer som for eksempel lyd, lys og uro kan bidra til å forebygge utfordrende atferd.

## 4 Diskusjon

I dette kapittelet forsøker vi å besvare problemstillingen: «*Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge bruk av tvang i demensomsorgen?*» ved hjelp av resultatene fra artiklene, pensumlitteratur, valgt litteratur og egne erfaringer. Vi velger å drøfte oppgaven i to deler. I den første vil vi diskutere faktorer som kan føre til tvangsbruk, og i den andre delen hvilke som kan bidra til å forebygge tvangsbruken.

### 4.1 Årsaker til at tvang oppstår

#### 4.1.1 Mangel på kunnskap

Artiklene til både Thorvik et al. (2014), Gjerberg et al. (2013) og O'Donnell et al. (2022) fremhever nødvendigheten av at helsepersonell må ha kunnskap om demenssykdommene for å kunne forstå atferden til personen med demens. Ved å møte behovet til pasienten kan den utfordrende atferden minskes, og tvang kan forebygges. De samme artiklene peker også på at ansatte uten kompetanse utførte hyppigere noen former for tvang. Dette bekreftes også av Brodtkorb (2020, s. 180) som sier at årsaker til at tvang oppstår kan være relatert til manglende kunnskap blant personalet. I praksis har vi opplevd at pasienten har motsatt seg hjelp i stellesituasjoner. Motstand i stellesituasjoner kan skyldes at pasienten ikke forstår hensikten med pleierens handlinger, og dermed kan de bli engstelige og føle seg truet (Hem et al., 2010, s. 299). Det kan også skyldes mangel på kunnskap om at pasientens vaner og preferanser kan være annerledes enn pleierens, og pasienten kan oppleve at pleieren invadere deres personlige rom (ibid.). Demensplan 2025 fremhever at for å kunne gi gode hjelpetilbud er det nødvendig å forstå utfordringene personer med demens har (HOD, 2020, s. 32). Ved manglende kunnskaper om demenssykdommer og forståelse av faktorer som kan ligge bak atferden, kan det tenkes at sykepleier ikke ser noen annen løsning enn å bruke tvang i situasjoner der pasienten motsetter seg hjelpen. På den andre siden tror vi at kunnskap om demenssykdommene gjør det lettere å se alternative løsninger, og dermed unngå bruk av tvang. Man kan også få en større toleranse ovenfor pasientens motstand når man forstår hva som kan ligge bak.

Artiklene til Thorvik et al. (2014), Gjerberg et al. (2013), Oppikofer & Geschwindner og O'Donnell et al. (2022) fremhever nødvendighet av kunnskap om grunnleggende behov. Ifølge Rokstad (2020, s. 207) har personer med demens ofte somatiske sykdommer og plager, noe som kan være sterkt medvirkende til den utfordrende atferden. Kroniske tilstander kan gi smerte ved både bevegelse og berøring, og kan utløse roping og utagering (ibid.). I praksis har vi sett at det kan være forløsende for en person med demens når man finner ut av- og lindrer plager som pasienten ikke greier å uttrykke selv. En kvinne med demens ble plutselig ble svært urolig, vanskelig å få kontakt med og hun virket svært plaget. Det ble forsøkt ulike miljøtiltak og gitt beroligende medikamenter, men uten effekt. Etter hvert ble det avdekket at blæra var overfylt, og at hun hadde urinretensjon. Etter kateterisering roet hun seg raskt ned. Vi tenker at dette viser at endret atferd kan skyldes et fysisk ubehag hos pasienten, og at det nytter å aktivt lete etter årsaken.

I artikkelen til Thorvik et al. (2014) påpekes det at de ansatte virket avhengig av hverandres kunnskap og kompetanse. De ansatte hadde mye kunnskap og egne repertoarer med tiltak for å håndtere utfordrende atferd og forebygge tvang. Artikkelen til Brodtkorb et al. (2015) nevner i sin metodediskusjon, at når deltakerne reflekterte over de etiske utfordringene i grupper, førte dette til en læreprosess som økte bevisstheten rundt bruken av tvang. Dette bekreftes også av Skovdahl (2020, s. 428), som sier at refleksjon av vanskelige situasjoner kan bidra til å finne løsninger. Kirkevold (2005) påpeker i sin studie at sammenhengene mellom årsaksforhold og tvangsbruk er komplekse, og at gode løsninger krever ulike innfallsvinkler, og at det er en fordel med tverrfaglige team. Ut fra dette forstår vi at det er vanskeligere å finne løsningene som forebygger tvang, dersom vi står alene i et vanskelig etisk dilemma, og ikke har mulighet til å reflektere sammen med noen.

Brodtkorb et al. (2015) fant ut at deltakerne i studien hadde begrenset bevissthet rundt tvangsbruk og manglet jus-kunnskap. Ifølge Smebye & Johnsen (2020, s. 246) er det viktig å vite hvordan man skal forholde seg til lovgivningen på riktig måte. Et av dilemmaene som ble diskutert i studien til Brodtkorb et al. var om man skulle gi en person med demens et beroligende legemiddel, mot vedkommendes vilje, for å få gjennomført nødvendig tannbehandling. Etisk sett kom deltakerne frem til at dette var riktig løsning, men mangel på jus-kunnskap førte til at deltakerne likevel følte et moralsk stress og usikkerhet. Brodtkorb et al. skriver videre at det er rimelig å anta at økt kunnskap om loven ville ha redusert eller eliminert det moralske stresset til



pleierne. Ifølge Smebye & Johnsen (2020, s. 260) vil kunnskap om loven, som omhandler hvordan helsehjelpen bør gjennomføres, forebygge unødvendig tvangsbruk.

#### 4.1.2 Mangel på ressurser

Ressursene til sykehjemmet har mye å si for kvaliteten på pleien, som igjen henger sammen med håndteringen av den utfordrende atferden og forebygging av tvangsbruk (Gjerberg et al., 2013). I artiklene til Thorvik et al. (2014), Brodtkorb et al., (2015) og Gjerberg et al. (2013 & 2016) nevnes nok tid, nok ansatte på jobb, relevant kompetanse hos de ansatte, erfaring og organisering av det daglige arbeidet som viktige ressurser i arbeidet med personer med demens. Gjerberg et al. (2013) påpeker videre at mange sykehjem opererer med en «suboptimal» miks av ansatte. Dette innebærer lav andel av ansatte med tilstrekkelige kvalifikasjoner, mange vikarer og et lavt bemanningsnivå. Ifølge Gjerberg et al. (2013) hevder flere studier at dette kan påvirke kvaliteten på pleien og føre til unødvendig bruk av tvang. Slike forhold står i kontrast til et lovforslag fra Stortinget (Ot.prp. nr. 64, 2005-2006, s. 18) der departementet understreker at «føresegner som opnar for bruk av tvang, aldri må brukast for å løyse ressurs- og personellbehov i helsetenesta». Det kan ofte ses et misforhold mellom sammensetning av- og antall personell og personene som bor i en spesielt tilrettelagt avdeling for demens (Gjøra & Michelet, 2018, s. 297-298). At personer med demens i tillegg kan ha alvorlige atferdsforstyrrelser blir det sjeldent tatt hensyn til, til tross for at dette stiller store krav til personalet og deres kompetanse (ibid.).

Studier har vist at mangel på tid eller stress blant pleierne også fører til stress hos demenssyke personer, noe som kan skape økt risiko for angst, rastløshet, forvirring eller aggresjon (Skovdahl, 2020, s. 428). I en spørreundersøkelse med svar fra over 1000 sykepleiere kom det frem at 43% av sykepleierne på sykehjem sier at de har gitt angst- og sovemedisiner, månedlig eller oftere, på grunn av tidsnød og ressursmangel (Helmers, 2018). Forsker Bjørn Lichtwarck sier til NRK at en liten økning i grunnbemanningen vil ha ganske stor effekt for å skape ro hos demenssyke uten bruk av legemidler (Kleven, 2023). Fra praksis i en demensavdeling har vi et eksempel på en situasjon der vi tenker at det burde ha vært flere hender. En dame i rullestol måtte på toalettet samtidig som de andre beboerne på avdelingen ble samlet til lunsj. En ansatt ordnet mat, mens den andre samlet beboerne rundt matbordet. Da beboerne ofte ble urolige og forlot matbordet uten en ansatt til stede, ble det vurdert til at damen i rullestol måtte vente. Utfallet ble en svært

uverdig opplevelse for henne. Vi har observert at det stadig oppstår uforutsette hendelser på en demensavdeling, noe som også beskrives av Thorvik et al. (2014). Dersom det hadde vært en ekstra person på jobb i dette tilfelle, ville det sannsynligvis vært større muligheter for å følge damen på toalettet i tide.

## 4.2 Faktorer som kan bidra til å forebygge bruk av tvang

### 4.2.1 Kjennskap til pasienten

Artiklene til Thorvik et al. (2014), Gjerberg et al. (2013 & 2016) og O'Donnell (2022) fremhever hvor viktig det er å kjenne pasientens livshistorie. Dette understøttes i litteraturen hos Skovdahl (2020, s. 426-427), som sier at det er viktig å være klar over hvordan personens livshistorie og personlighet påvirker atferden for å kunne forstå og møte vedkommende på en god måte. Kunnskap om hvem personen er, hvilke verdier han eller hun har, interesser, familie og tidligere liv er viktige forutsetninger for å kunne arbeide personsentrert. Ut fra dette kan vi trekke paralleller til Kari Martinsens og Virginia Hendersons omsorgsteorier, som sier hhv. om sykepleiers rolle og metode: «innebærer aktiv handling til beste for den andre i dagligdagse situasjoner» (Kristoffersen, 2016, s. 27). Det vi legger i å «gjøre det beste for den andre» er å vite hva pasienten ønsker og hjelpe vedkommende til å gjøre hva han selv ville ha gjort om han hadde krefter, vilje og kunnskap til dette (ibid). Dette fordrer god kjennskap til pasienten.

Utfordringene oppstår når pasienten selv ikke er i stand til å uttrykke egne ønsker og behov. Da er det sykepleiers oppgave å arbeide for å finne ut hva pasienten ville ha ønsket. Her kan pårørende være en viktig kilde til informasjon (Slettebø et al., 2020, s. 229). Som et eksempel fra praksis kan være mannen som ikke ville bli skiftet på av pleierne, han nektet både å kle av seg og vaske seg. Etter hvert tok pleierne en prat med pårørende om problemet. Da kunne kona fortelle at mannen var veldig bluferdig overfor kvinner, inkludert sin egen ektefelle gjennom 50 år. Han hadde imidlertid likt å gå i svømmehall og ta badstue sammen med kamerater. Ut ifra denne informasjonen ble det satt inn mannlige pleiere for å stille mannen, noe som viste seg å gå helt problemfritt.

Funn i artikkelen til Brodtkorb et al. (2015) viste at noen pleiere var flinkere enn andre til å nå igjennom med tiltak overfor pasienten, i den hensikt å unngå bruk av tvang. Dette er sammenfallende med annen litteratur om verdier og samhandling; pasientens og de pårørendes tillit har ikke bare å gjøre med kvaliteten på sykepleiers faglige virksomhet, men vel så mye med sykepleiers oppførsel og hvordan vi framstår overfor andre mennesker (Kristoffersen, 2016, s. 90). Det handler om å vise respekt og å ha evne til empati. Denne evnen er ofte avgjørende for om pasienten opplever seg ivaretatt av sykepleieren (ibid.). Det motsatte finner vi i en studie av Somboontanont (2004, sitert i Hem et al., 2010, s. 296), som så på faktorer hos pleierne som kunne bidra til aggresjon og motstand hos pasienten. Dette kunne være konfronterende kommunikasjon, manglende hensyn til pasientens følelser, å ikke forberede pasienten før noe skulle skje og dårlig tid. Dette sammenfaller med hva vi har opplevd i praksis.

Det er viktig for institusjonen å innarbeide behandlingsplaner og strategier for personsentrert pleie (O'Donnell et al., 2022). Her påpekes nytten av at alle ansatte deltar i tverrfaglig samarbeid og veiledning. En metode for å få innarbeidet personsentrert omsorg i de daglige rutinene er å arbeide systematiske etter VIPS praksismodell, som omtalt tidligere i oppgaven (Rokstad, 2020 s. 58). Denne modellen løfter frem perspektivene til personen med demens og involverer hele personalgruppa. I praksis har vi selv opplevd hvor viktig det er at alle ansatte er med på og innforstått med gjeldende praksis på arbeidsstedet. Vi er ikke bedre enn det svakeste leddet; og tilkallingsvikaren som kommer i helgen skal også vite hvordan man imøtekommer den demenssyke på best mulig måte. I mange sykehjem er det sykepleiere ansatt i ledende stillinger, og sykepleier har et ansvar for at kunnskapen blir delt med alle involverte (NSF, 2019).

#### 4.2.2 Tiltak og tilnæringsmåter

I artikkelen til Gjerberg et al. (2016) fremkommer det at pasienter og pårørende har stor tillit til at de ansatte handler til det beste for pasienten i spørsmålet om bruk av tvang. For den som trenger hjelp handler tillit om å våge å stole på den som skal hjelpe. Hjelperen må derfor være seg bevisst hvor viktig tillit er som et overordnet mål i relasjonsarbeidet (Gonzalez, 2020, s. 59). Møter med andre mennesker innebærer et moralsk ansvar og stiller store krav til helsepersonells evne til kommunikasjon, empati, selvinnsikt og klokskap (Eide & Eide, 2017, s. 97). Når pasienter og pårørende viser slik tillit til helsevesenet er det på bakgrunn av en antagelse om at de vil få den

hjelpen de trenger, og at helsepersonellet vil dem vel og har den nødvendige kompetansen (Eide & Eide, 2017, s. 26-27). Med en slik tillit følger betydelig makt, og det representerer samtidig en etisk fordring at helsepersonellet viser seg tilliten verdig (ibid). Vi tenker at når vi får en slik tillit fra pasientene, må vi bruke av all vår kunnskap og erfaring, for å yte vårt beste og ikke misbruke tilliten som vises oss. I arbeidet med personer med demens påhviler det hjelperen et særlig relasjonsetisk ansvar. Det er viktig å tone seg inn på den andre, ta utgangspunkt i det den andre er opptatt av, og bruke bekreftende kommunikasjonsferdigheter (Eide & Eide, 2017, s. 327).

I flertallet av artiklene våre finner vi at det er viktig med en fleksibel tilnærming til pasienten. Det er viktig å vurdere om det er pasientens behov og trivsel som står i sentrum eller pleierens eget behov for å føle at hun eller han har gjort noe bra (Skovdahl, 2020, s. 428). Det er blitt hevdet at pleiepersonellets iver etter «å gjøre vel» i noen tilfeller kan stride mot pasientens autonomi. Vi må huske på at personer som er demenssyke kan ombestemme seg, som alle andre. I praksis har vi erfart at dersom det står i journalen til pasienten at vedkommende liker syltetøy på maten, så har pleiepersonell en tilbøyelighet til å gi pasienten syltetøy på maten hver gang, uten å spørre nærmere hva pasienten har lyst på.

Studien til Oppikofer & Geschwindner (2014) viser at utagerende adferd hos demente pasienter effektivt kan reduseres selv ved hjelp av enkle sykepleietiltak som bl. a går ut på å dekke pasientens grunnleggende behov, slik som toalettbesøk, mat og drikke. En forutsetning er at sykepleier må vite hva den enkelte pasients behov er, i tillegg til tilpassede tiltak. Dette er tidkrevende arbeid, men fordelene ved disse ikke-farmakologiske inngrepene vil kompensere for innsatsen, hevdes det i studien. At de fysiologiske behovene er viet lite oppmerksomhet er en kritikk som er rettet mot Kitwoods personsentrerte demensomsorgsfilosofi (Skovdahl, 2020 s. 434-435), og ovennevnte studie synes å ha kommet fram til det samme.

### 4.3 Metodediskusjon

Litteraturstudie som metode har gjort at vi har fått en større innsikt i og kunnskap om temaet vårt. Vi har dypdykket i mye forskjellig litteratur og diskutert og reflektert rundt stoffet i lys av problemstillingen. Dette har vi forsøkt å få frem så godt vi kan i besvarelsen vår. En svakhet ved besvarelsen er at den begrenses av oppgavens størrelse, og antall artikler vi kan bruke, i et fagfelt som er stort og komplekst. Dette har ført til at vi har måttet prioritere og avgrense mye. Etter hvert som vi arbeidet med oppgaven savnet vi blant annet studier om kommunikasjonens verdi som forebyggende faktor. Dette kunne vi kanskje ha fått med ved å bruke andre søkeord.

## 5 Konklusjon

Gjennom oppgaven har vi forsøkt å belyse hvordan sykepleier kan forebygge tvangsbruk til demente og urolige personer på sykehjem. Vi har sett at kunnskap, ressurser, kjennskap til pasienten og tiltak/tilnæringsmetoder har innvirkning på tvangsbruk. Temaene henger nøye sammen og påvirker hverandre. Dette gjør at vi tenker at bruk av tvang må ses i en større sammenheng og hver situasjon må løses for seg.

Vi så først på hvilke faktorer som kunne føre til tvang, og deretter måter å forebygge tvang på. Vi så at mangel på kunnskap blant ansatte på sykehjem, samt lite bevissthet rundt lovverket og knapphet på ressurser øker risikoen for tvangsbruk.

Kjennskap til pasienten er avgjørende i arbeidet for å forebygge bruk av tvang. Sykepleiers evne til å etablere tillitsfulle relasjoner til pasienten er en måte å forebygge tvang og øke frivillighet og samarbeide på. Hvordan sykepleier tilnærmer seg pasienten er like viktig som målet for handlingen. I tillegg kan sykepleier bidra med å øke bevisstheten rundt tillitsskapende arbeidsmetoder og alternativer til tvang, ved å engasjere kollegaer i refleksjoner rundt alternativer til tvang og om «beste praksis» overfor den enkelte pasient.

Oppgaven viser at sykepleiers rolle er viktig i forebyggingsarbeidet mot tvang. Etter å ha jobbet med denne oppgaven føler vi at vi har fått mye kunnskap og en bedre forståelse av demens. Vi tror at dette vil gi oss et godt grunnlag for videre arbeid med demenssyke pasienter, som vi som sykepleiere vil møte de fleste steder. Våre muligheter til å bruke den kompetansen vi har henger imidlertid også sammen med sykehjemmets organisering, ressurser og bemanning.

## 6 Litteraturliste

- Aveyard, H. (2018). *Doing a literature review in health and social care: A practical guide* (4. utg.). Open International Publishing Ltd.
- Brinchmann, B. S. (2016). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 81-96). Gyldendal akademisk.
- Brodtkorb, K., Skisland, A. V. S., Slettebø, Å., & Skaar, R. (2015). Ethical challenges in care for older patients who resist help. *Nursing ethics*, 22(6), 631-641.
- Brodtkorb, K. (2020). Stellet – integritetsfremmende hjelp til personlig hygiene. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (3. utg., s. 173-184). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Gyldendal akademisk.
- Eide, H & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner, personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018). Demens. I K. Engedal & P. K. Haugen (red.), *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling* (1. utg., s. 48-58). Forlaget aldring og helse – akademisk.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018). Å leve med en demenssykdom. I K. Engedal & P. K. Haugen (red.), *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling* (1. utg., s. 14-28). Forlaget aldring og helse – akademisk.
- Eskeland, K. O. (2017). *Alderspsykiatri og omsorgsarbeid* (1. utg.). Cappelen Damm AS.
- Folkehelseinstituttet (FHI). (2021, 23. februar). *Folkehelse rapporten: Demens*.  
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Gjerberg, E., Lillemoen, L., Pedersen, R., & Førde, R. (2016). Coercion in nursing homes: perspectives of patients and relatives. *Nursing ethics*, 23(3), 253-264.
- Gjerberg, E., Hem, M. H., Førde, R., & Pedersen, R. (2013). How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study. *Nursing ethics*, 20(6), 632-644.
- Gjøra, L. & Michelet, M. (2018). Kommunal omsorgskjede – organisering og innhold. I K. Engedal & P. K. Haugen (red.), *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling* (1. utg., s. 278-299). Forlaget aldring og helse – akademisk.

- Gonzalez, M. T. (2020). Relasjonsarbeid,-sykepleieprosessen mellommenneskelige del. I M.T. Gonzalez (red.). *Psykiske lidelser-faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (1. utg., s .57-83). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Gustin, L. W. (2016). *Psykologi for sykepleiere* (1. utg.). Fagbokforlaget
- Helmers, A.-K. B. (2018, 15. mars). Sykepleiere gir pasienter beroligende på grunn av tidsnød. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/2018/03/sykepleiere-gir-pasienter-beroligende-midler-pa-grunn-av-tidsnod>
- Helsedirektoratet. (2017). Nasjonal faglig retningslinje om demens. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>
- Helsetilsynet. (2013). *Tvil om tvang. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 og 2012 med tvungen helsehjelp til pasienter i sykehjem*. <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2013/tvil-om-tvang-oppsummering-av-landsovmfattende-tilsyn-i-2011-2012-med-tvungen-helsehjelp-pasienter-sykehjem/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). (2020). *Demensplan 2025*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>
- Hem, M. H., Gjerberg, E., Pedersen, R., & Førde, R. (2010). Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang: Pleiepersonells erfaringer med å hjelpe personer med demens i personlig stell. *Sykepleien Forskning (Nursing Science)*, 5, 294-301.
- Johnsen, L. & Smebye, K. L. (2020). Selvbestemmelse og tvang. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling*. (2. utg., s. 234-267). Cappelen Damm AS.
- Kierkegaard, S. (ukjent). *Siterte sitater*. <https://www.ordtak.no/sitat.php?id=8657>
- Kirkevold, M. (2020). Den gamles integritet. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (red), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (3. utg., s. 84-97). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kirkevold, Ø. (2005). Bruk av tvang i sykehjem. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 125:1346-1348.
- Kirkevold, Ø. (2018). Rettssikkerhet for personer med demens. I K. Engedal & P. K. Haugen (red.), *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling* (1. utg., s. 373-389). Forlaget Aldring og helse – akademisk.



- Kleven, R. (2023, 13. februar). Demenssyke får tabletter når det er få ansatte på vakt. *NRK*.  
<https://www.nrk.no/trondelag/demens-pasienter-far-tabletter-nar-det-er-lite-sykepleiere-pa-vakt-1.16280407>
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleie – kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug og G.H. Grimsbø (red.). *Grunnleggende sykepleie, sykepleie - fag og funksjon*. (bind 1, 3. utg., s. 139-191). Gyldendal Norsk forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug og G.H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie, pasientfenomener, samfunn og mestring*. (bind 3, 3. utg., s. 15-80). Gyldendal Norsk forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier-verdier og samhandling. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug og G.H. Grimsbø (red.). *Grunnleggende sykepleie, sykepleie- fag og funksjon*. (bind 1, 3. utg., s. 89-138). Gyldendal Norsk forlag AS.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. og Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug og G.H. Grimsbø (red.). *Grunnleggende sykepleie, sykepleie- fag og funksjon*. (bind 1, 3. utg., s. 15-27). Gyldendal Norsk forlag AS.
- Lunde, B. V. (2016). Juss og etikk i sykepleien. I B. S. Brinchmann (red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 162-185). Gyldendal akademisk.
- Norsk sykepleieforbund (NSF) (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.  
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- O'Donnell, E., Holland, C. & Swarbrick, C. (2022). Strategies used by care home staff to manage behaviour that challenges in dementia: A systematic review of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, 104260.
- Oppikofer, S. & Geschwindner, H. (2014). Nursing interventions in cases of agitation and dementia. *Dementia*, 13(3), 306-317.
- Ot.prp. nr. 64 (2005-2006). *Om lov om endringar i pasientrettslova og biobanklova (helsehjelp og forskning – personar utan samtykkekompetanse)*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-64-2005-2006-/id188209/>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (PBRL). (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter m.v* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Rokstad, A. M. M. (2020). Hva er demens? I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling*. (2. utg., s. 23-50). Cappelen Damm AS.

- Rokstad, A.M.M. (2020). Personsentrert omsorg. I A.M.M. Rokstad & K.L. Smebye (Red), *Personer med demens: Møte og samhandling*. (2. utg., s. 51-71). Cappelen Damm AS.
- Rokstad, A. M. M. (2020). Utdørende atferd. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling*. (2. utg., s. 196-219). Cappelen Damm AS.
- Selbæk, G. (2018). Nevropsykiatriske symptomer ved demens. I K. Engedal & P. K. Haugen (red.), *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling* (1. utg., s. 246-259). Forlaget aldring og helse – akademisk.
- Skovdahl, K. (2020). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb og A. H. Ranhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (3. utg., s.416-441). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Slettebø, Å. (2014). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (2. utg, s. 212-224). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Slettebø, Å. & Pedersen, R. (2020). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (3. utg., s. 216-231). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Thorvik, K. E., Helleberg, K. M., & Hauge, S. (2014). God omsorg for urolige personer med demens. *Sykepleien Forskning (Nursing Science)*, 9(3):236-242.
- Thideman, I. - J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget AS.

# Vedlegg 1 PICO-skjema

		Problemstilling ← → Søkebegreper		
		P	I	Co
		<u>Pasient /problem/populasjon</u> Hvilken brukergruppe/tilstand/ problem dreier det seg om?	Fenomen av <u>interesse</u> Hvilke aktiviteter/ erfaringer/opplevelser eller prosesser dreier det seg om?	<u>Kontekst</u> Hvilken <u>kontekst</u> /setting dreier det seg om?
OR	↓	Personer med demens som motsetter seg helsehjelp	Forebygge bruk av tvang	Sykehjem
	↑	Dementia/dementia patients	Coercion/avoid coercion/physical restraints/ Nursing interventions	Nursing homes
		← → AND ← →		

## Vedlegg 2 Søkelogg

Dato	Databasevalg (utgangspunkt for søket, f.eks. Cinahl, Medline)	Søkeord med kombinasjonsord (AND brukes for å koble sammen søkeord og begrenser antall treff, OR brukes mellom alternative søkeord og utvider antall treff)	Eventuelle avgrensninger (f.eks. språk, publiseringsår, aldersgrupper, artikkeltype: research article, review etc.)	Antall treff (etter ordene er kombinert)	Referanse til valgte artikler Førsteforfatter og år (f.eks. Aiken et al., 2014)
3.2.23	ProQuest	dementia «nursing home» «avoid coercion»	Artikler	12	Brodtkorb et al. (2015)
3.2.23	ProQuest	dementia «nursing home» «avoid coercion»	Artikler	12	Gjerberg et al. (2013)
3.2.23	Oria	«demens» «omsorg»	Artikler	67	Thorvik et al. (2014)
3.2.23	Cinahl	«coercion» (CH) AND «nursing homes» (CH)	Artikler	6	Gjerberg et al. (2016)
3.2.23	Cinahl	«dementia» (CH) AND «nursing interventions» (CH)	Publiseringsår fra 2013, engelsk.	58	Oppikofer & Geschwindner (2014).
3.2.23	Cinahl	«dementia» (CH) AND «nursing home personell» AND «systematic review» (CH)	-	19	O'Donnell et al. (2022)
<b>Eventuelle kommentarer til søket:</b> (eks. at valgt referanse i Pyramidesøket ble funnet via UpToDate. Angi også referanser her til artikler som ble funnet på andre måter: gjennom referanselister/ artikler som har sitert annen artikkel, tips om «related/ similar articles» etc.)					

## Vedlegg 3 Litteratormatrise

Forfattere (år), land	Studiens hensikt	Metode	Resultater	Konklusjon
<p>Gjerberg, E., Hem, M. H., Førde, R., &amp; Pedersen, R. (2013). Norge.</p> <p><i>Tittel: How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study</i></p>	<p>Studien undersøker:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hvilke strategier/ alternative tiltak pleiepersonale bruker når pasienten motsetter seg pleie og behandling</li> <li>2. Hvilke forhold anses som nødvendig for å forebygge eller unngå bruk av tvang?</li> </ol>	<p>Kvalitativ metode. Fokusgruppeintervjuer med 60 deltakere fra fem sykehjem. Deltakerne hadde bakgrunn som sykepleiere, hjelpepleiere, samt noen uten formell utdanning. 11 intervjuer ble gjennomført, med varighet på ca. to timer hver. Intervjuene var tematisk organisert. Det ble gjort opptak og opptakene ble siden transkribert.</p>	<p><b><i>Vanlige strategier for å forebygge tvang:</i></b>  <b><i>Avledning og overtalelse</i></b>            F.eks. ved å vende oppmerksomheten bort, og dermed distrahere pasienten. Uttrykket «å lokke og lure» var hyppig brukt.  <b><i>Bevisst bruk av språk</i></b>            Informere/instruere i stedet for å gi valg (begrense valg)  <b><i>Fleksibilitet (3 typer)</i></b>            Å prøve igjen senere (1), bytte av personell (2) og en-til-en omsorg (3)            De fleste ansatte erfarte at en-til-en omsorg fremmet tillit og reduserte motstand og aggresjon  <b><i>Skjerming</i></b>            Ble ofte beskrevet i forhold til agiterte pasienter, for å roe ned, for eksempel i situasjoner som oppleves som truende for andre pasienter/ansatte.  <b><i>Forutsetninger</i></b>  <b><i>Å kjenne pasienten:</i></b>            -For å forstå pasientens preferanser mtp. mat, hygiene o.l.            -For å kunne snakke om pasientens tidligere liv.            -For å forstå om noe i pasientens historie kan forklare deres adferd.  <b><i>Å etablere en god relasjon,</i></b> noe som igjen kan føre til mindre angst.  <b><i>Ressurser</i></b> Tiltakene over må ses i sammenheng med ressursene til</p>	<p>Personalet brukte mye <i>tid</i> på å prøve et bredt spekter av tilnærminger for å forebygge tvang</p> <p>Visse rammer rundt omsorgssituasjonen er påkrevet</p> <p>Studien indikerer en mismatch mellom lovgivningens ambisjon og tilgjengelige ressurser, som påvirker de ansattes muligheter for å gjøre en god jobb</p> <p>Resultatene indikerer at vanskelige situasjoner er et «moralisk rom» der både strukturelle forhold og individuelle møter har betydning for hvordan situasjonen utvikler seg</p>

			sykehjemmet, og hvordan de organiserer det daglige arbeidet. <i>Kompetanse</i> Personell uten kompetanse bruker oftere tvangsmidler	
<p>Thorvik, K. E., Helleberg K. &amp; Hauge, S. (2014). Norge.</p> <p><i>Tittel: God omsorg for urolige pasienter med demens</i></p>	<p>Formålet er å utforske og beskrive hva god omsorg kan være i en skjermet avdeling for personer med demens.</p>	<p>Det ble benyttet et kvalitativt design med deltakende observasjon som datainnsamlingsmetode. Ansatte i to skjermede avdelinger deltok i studien. Feltnotatene ble analysert i hermeneutisk fortolkende tradisjon.</p>	<p>Funnene viste at de ansatte alltid var beredt ved at de var årvåkne, utnyttet gyldne øyeblikk og responderte svært raskt når det var nødvendig. De viste stor grad av fleksibilitet ved at de tålte uorden og rutinebrudd og var kreative i sin fagutøvelse. Betingelser for slik fagutøvelse syntes å være at de hadde gode kunnskaper om sykdom, symptomer og den enkelte pasient, samt at de hadde god innsikt i kollegaers kompetanse.</p>	<p>Studien viser at god omsorg for personer med demens er kjennetegnet av at de ansatte alltid er beredt, er fleksible i sin arbeidsform og tilnærming, og har god kunnskap og kjennskap til pasienten. Disse kjennetegnene samsvarer med kjente teorier om omsorg for personer med demens.</p>
<p>Gjerberg, E., Lillemoen, L., Pedersen, R. og Førde, R. (2016). Norge.</p> <p><i>Tittel: Coercion in nursing homes: Perspectives of patients and relatives</i></p>	<p>Målet med studien er å undersøke pasientens og pårørendes syn på bruk av tvang; er det situasjoner der bruk av tvang kan forsvares, og i såfall under hvilke ?</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie. Dataene er basert på 35 enkeltintervjuer med pasienter fra seks sykehjem, og syv fokusgrupper med 60 pårørende.</p>	<p>Mer en halvparten av pasientene og flertallet av de pårørende aksepterte bruk av tvang i tillit til at personalet handlet til pasientens beste. Men aksepten er sterkt relatert til pasientens manglende forståelse, forebygging av helseskade og bevaring av pasientens verdighet.</p>	<p>Flertallet av pasientene på sykehjemmet og de pårørende aksepterte bruk av tvang i spesielle situasjoner, men at de samtidig understreket nødvendigheten av å prøve andre alternativer først. Det er fremdeles behov for gode kvalitative undersøkelser om bruken av tvang på sykehjem, spesielt med et sterkere fokus på sykehjemspasientens syn og erfaring.</p>

<p>Oppikofer, S. &amp; Geschwindner, H. (2014). Sveits.</p> <p><i>Tittel: Nursing interventions in cases of agitation and dementia</i></p>	<p>Studien hadde to mål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Å vurdere og sammenligne <i>hvor hyppig agitasjon oppstår, og hva omstendighetene rundt agitasjon er.</i></li> <li>2. Finne ut av hva som er de mest effektive sykepleieintervensjonene for «agiterte» pasienter?</li> </ol>	<p>Kvantitativ studie. Longitudinell metode. Observasjonsmetode av adferd. Data ble samlet inn over en periode på 11 uker, fra 3 ulike sykehjem, og fra 60 personer med demens. Vellykkede sykepleieintervensjoner ble systematisk registrert av omsorgspersonellet når agitasjon skjedde. Konteksten ble også registrert. En forhåndslaget liste med sykepleietiltak ble benyttet. Tiltakene var individuelle, og implementert fra før. De ansatte fikk opplæring og veiledning i hvordan de skulle registrere hendelsene.</p>	<p>Resultat: De fleste pasientene i studien hadde alvorlig demens. På sykehjemmene Seeblick og Kaeferberg ble forekomsten av agitert adferd redusert moderat, men signifikant, i perioden. En nedadgående, men ikke signifikant tendens, kunne også påvises på Sonnweid. Ca. 2/3 av beboerne viste aldri urolig atferd under observasjonsperioden. Ca. ¼ til 1/3 hadde moderat agitasjon, og et lite antall fra middels til alvorlig agitasjon (3–12 %). Nivå av agitasjon blant personene i denne studien var lavere sammenlignet med flere andre studier. Mønsteret for agitasjonsfrekvens var nokså likt mellom de tre hjemmene. Noen av de mest vellykkede sykepleieintervensjonene var; kommunikasjon/validering, individualisert omsorg, unngå støy, ivareta toalettbehov og tilby eller administrere drikke. Agitasjon oppstod oftest når beboerne var alene (Sonnweid: 41%; Kaeferberg: 35%; Seeblick: 75%). Basert på 246 dagboknotater viste analyse av data at (1) agitasjon skjedde når personer er alene, fulgt ved (2) agitasjon i form av langvarig forstyrrelse, mens (3) agitert adferd under aktiviteter sjelden ble observert.</p>	<p>Konklusjon: Agitasjon hos personer som lider av demens kan reduseres effektivt ved hjelp av elementære sykepleieintervensjoner, for eksempel å unngå støy. For å kunne velge en intervensjon må sykepleiere kjenne den enkelte beboers behov, samt virkningen av mulige konkrete tiltak. Sykepleiere som er klar over dette, har forutsetninger for å gjenkjenne situasjoner der agitasjon kan oppstå og velge en passende sykepleieintervensjon. Selv om opplæring som omhandler slike intervensjoner og deres anvendelse er tidkrevende, vil fordelene ved de ikke-farmakologiske inngrepene med agitasjon kompensere for dette arbeidet. Til slutt må det tas i betraktning at sykepleiere alltid handler innenfor relasjoner og organisatoriske forhold. Andre faktorer som innvirker er deres profesjonalitet, kompetanse og følelser, samt egenskapene til personen som lider av demens.</p>
--	---	---	---	---

			<p>Man må vise forsiktighet ved tolkning av disse funnene, da bare vellykkede intervensjoner ble registrert.</p> <p>Noen sykepleieintervensjoner, som maling, matlaging og baking, lek eller fysiske begrensninger, ble sjelden benyttet.</p>	
<p>O'Donnell, E., Holland, C. &amp; Swarbrick, C. (2022). Storbritannia.</p> <p><i>Tittel: Strategies used by care home staff to manage behaviour that challenges in dementia: A systematic review of qualitative studies</i></p>	<p>Hensikten er å gjennomgå kvalitative studier for å få en økt forståelse av pleiepersonells implementering av strategier for å håndtere utfordrende adferd fra demenssyke</p>	<p>Denne systematiske gjennomgangen inneholder en syntese av kvalitative data. Det ble gjennomført søk i tre databaser; PubMed, PsycINFO, og Cinahl fra oppstart til juli 2021, supplert med grå litteratur. Studier ble inkludert om de brukte kvalitative metoder og forklarte hvordan personalet responderte på utfordrende adferd; datautforskning og andre aspekter med demensomsorgen ble ekskludert. Kvaliteten på studiet ble vurdert gjennom sjekklisten til "Critical Appraised Skills Programme". Tematiske synteser ble brukt til å danne seg en forståelse av strategiene som pleiepersonellet implementerte for å håndtere utfordrende adferd ved demens</p>	<p>Resultat: Av 1.154 funn ble 34 studier inkludert i gjennomgangen. Tre temaer dukket opp: "Slukke brannene" refereres til å håndtere problemene etter at de er oppstått, implementert av personalet for å undertrykke utfordrende adferd. Hvis disse strategiene derimot skulle slå feil, må personalet ty til farmakologiske tilnærmelser for enkelhets skyld for å undertrykke denne atferden.</p> <p>Temaet "personlighet, menneskerettigheter og respekt" fremhever dementes behov for å føle seg verdsatt og nyttig ved å involvere beboerne i meningsfulle aktiviteter. Videre vil temaet "personsentrert tilnærming - et paradigmeskifte" gjenspeile kulturendringer som er nødvendig for å implementere ikke-farmakologiske strategier i adferdshåndtering. Dette inkluderer opplæring av personalet, samarbeid og rettferdig beslutningstaking.</p>	<p>Konklusjon: Denne gjennomgangen har identifisert strategier som blir brukt av pleiepersonalet for å håndtere utfordrende adferd. Ikke-farmakologisk tilnærming for å hjelpe beboere ved utfordrende adferd krever opplæring av personalet i adferdshåndtering og psykotrop medisin håndtering som en del av det formelle utdannelsesprogrammet, og forbedrede muligheter til samarbeid og beslutningstaking. I tillegg burde beboerne få personsentrert omsorg for å legge til rette for deltagelse i meningsfulle aktiviteter. Disse funnene vil være gunstige ved utvikling av retningslinjer for å implementere bærekraftig ikke-farmakologisk tilnærminger ved håndtering av utfordrende adferd.</p>



<p>Brodtkorb, K., Skisland, A. V. S., Slettebø, Å. &amp; Skaar, R. (2015). Norge.</p> <p><i>Tittel: Ethical challenges in care for older patients who resist help.</i></p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke etiske utfordringer i situasjoner der pasienten motsetter seg helsehjelp.</p>	<p>Studien har en kvalitativ og empirisk design, og metoden er klinisk anvendelsesforskning. Det ble etablert fire forskningsgrupper. Hver gruppe bestod av seks til åtte kliniske medforskere (=clinicians), alle ansatte med ulik helsefaglig bakgrunn og fra forskjellige deler av kommunehelsetjenesten, samt to vitenskapelige forskere.</p> <p>Gruppemedlemmene samarbeidet i en hermeneutisk prosess for å få kunnskap om et fenomen. Gruppeintervjuene ble tatt opp, transkribert og analysert etter hver samling.</p> <p>Studien er del av et større undersøkelsesprosjekt som fokuserer på systematisk etikkarbeid innenfor eldreomsorg i norsk kommunehelsetjeneste. Konteksten er en middels stor kommune i Norge med ca 20.000,- innbyggere. Kommunen har to sykehjem og hjemmebaserte tjenester, som er delt inn i tre geografiske soner</p>	<p>Tre situasjoner ble diskutert. Personlig hygiene, skjult medisiner og tilbakeholding i institusjon. Funnene viste at de deltakerne/de ansatte hadde valg i de ulike situasjonene, og tok beslutninger basert ut fra deres beste profesjonelle og moralske vurdering.</p> <p><i>Personlig hygiene:</i> Pårørende og pasient hadde ulike ønsker (dilemma). Noen ansatte var flinkere til å unngå tvang, men dette ble ikke snakket om. Personalet hadde begrenset bevissthet rundt tvang og manglet jus-kunnskap. Skulle ikke stresse/provosere frem motstand hos pasienten, men ha tilstrekkelig med tid.</p> <p><i>Skjult medisiner:</i> en pasient med kognitiv svikt ble gitt beroligende medikamenter mot sin vilje for å få gjennomført tannbehandling. Det ble vurdert til at dette var minst inngripende og det beste for pasienten på sikt. Personalet trodde ikke at tvangsmedisineren var hjemlet i lovverket, de visste ikke at de kunne rådføre seg med myndighetene, og de hadde manglende erfaring med å vurdere samtykke</p> <p><i>Tilbakeholdelse i institusjon:</i> De ansatte var usikre på hvordan de skulle håndtere en nyankommet, urolig dame med demens som vandret mye på sykehjemmet. De</p>	<p>Konklusjon: Norsk lovgivning som regulerer maktbruk ser ut til å gi beslutningsveiledning med potensial til å redusere usikkerhet og moralsk stress, dersom klinikerens (pleiepersonell) juridiske kompetanse hadde vært større.</p> <p>Studien viste at situasjoner der eldre pasienter i kommunehelsetjenesten motsetter seg hjelp er faglig utfordrende og følelsesmessig stressende for helsepersonell. Situasjonene er preget av moralsk usikkerhet og stress.</p> <p>Vurderinger av om pasientens selvbestemmelse skal respekteres eller hjelpen skal gis mot pasientens vilje er kompleks og krever kunnskap om den enkelte pasient, sykepleiekunnskap, etisk og juridisk kompetanse og en hensiktsmessig organisering av tjenestene.</p> <p>Bedre kunnskap om loven, og økt kompetanse i å praktisere i samsvar med loven, vil styrke de ansattes beslutningsgrunnlag og</p>
--	--	--	---	---

			<p>hadde manglede kunnskap om å vurdere samtykke.</p> <p>Tvang har negative aspekter. Situasjonene ble oppfattet som krevende og følelsesmessig stressende for personalet.</p>	<p>dermed redusere moralsk usikkerhet og stress.</p>
--	--	--	--	--

## Vedlegg 4 Sjekkliste

### Svar på spørsmål til «sjekkliste for vurdering av kvalitative studier»

Forfattere,(år)	Svar på spørsmål i sjekklisten markeres med: Ja (J), Nei (N), Uklart (U) og nytteverdi for praksis (tekst)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gjerberg, E., Hem, M. H., Førde, R., & Pedersen, R. (2013)	J	J	J	U	U	J	U	J	J	J
Kort vurdering av artikkelens forskningsmessige kvalitet										
Resultatene er relevante for vår studie. Noe uklart mtp. begrunnelse for utvalg av deltakere (4), metodevalg for datasamlingen var ikke så godt begrunnet (5), det kommer ikke så godt frem hvordan forskningen ble forklart til deltakerne (7)										

Forfattere,(år)	Svar på spørsmål i sjekklisten markeres med: Ja (J), Nei (N), Uklart (U) og nytteverdi for praksis (tekst)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Thorvik, K. E., Helleberg, K. & Hauge, S. 2014)	J	J	J	J	J	J	U	J	J	J
Kort vurdering av artikkelens forskningsmessige kvalitet										
Resultatene er relevante for vår studie. Det kan settes spm. under etiske forhold (7) om deltakerne visste hva de samtykket til, og om de faktisk forstod den informasjonen som ble gitt i forkant.										

Forfattere,(år)	Svar på spørsmål i sjekklisten markeres med: Ja (J), Nei (N), Uklart (U) og nytteverdi for praksis (tekst)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gjerberg, E., Lillemoen, L., Pedersen, R. & Førde, R. (2016)	J	J	J	J	J	J	U	U	J	J
Kort vurdering av artikkelens forskningsmessige kvalitet										
Resultatene fra studien er nyttige i vår oppgave, spesielt i diskusjonsdelen. Det kan settes spm. om deltakerne (pasientene) hadde nødvendig kapasitet til å forstå hvilken studie de var med på (7), samt at studien avdekket manglende forskning/data for å underbygge funnene (8).										

Forfattere,(år)	Svar på spørsmål i sjekklisten markeres med: Ja (J), Nei (N), Uklart (U) og nytteverdi for praksis (tekst)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Brodtkorb, K., Skisland, A. V. S., Slettebø, Å. & Skaar, R. (2015)	J	J	J	U	J	J	J	J	J	J
Kort vurdering av artikkelens forskningsmessige kvalitet										
Dataene er relevante for vår oppgave. Resultatene antas å være å stole på, og de kan være til hjelp i praksis. Noe uklar utvalgsstrategi (av situasjonene); ble diskutert i forskningsgruppene.										

## Vedlegg 4 Sjekkliste

### Svar på spørsmål til «sjekkliste for vurdering av *kvantitative* studier»

Forfattere,(år)	Svar på spørsmål i sjekklisten markeres med: Ja (J), Nei (N), Uklart (U) og hovedkonklusjon (tekst)										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Oppikofer, S. & Geschwindner, H. (2014)	J	J	J	J	J	U	J	U	J	J	J
Kort vurdering av artikkelens forskningsmessige kvalitet											
Datasamlingen kan være påvirket da den antageligvis er utført av mange personer (pleiepersonell), selv om opplæring er gitt. Data ble samlet fra 60 pasienter. Lite utfyllende om de etiske hensyn. Ikke begrunnet hvorfor sykehjemmene i studien ble valgt.											

### Svar på spørsmål til «sjekkliste for vurdering av en *oversiktsartikkel*»<sup>1</sup>

Forfattere,(år)	Svar på spørsmål i sjekklisten markeres med: Ja (J), Nei (N), Uklart (U)						Basert på svarene fra 1-5, mener du at resultatene er til å stole på?
	1	2	3	4	5		
O'Donnell, E., Holland, C. & Swarbrick, C. (2022)	J	J	J	J	J	Ja, vi mener resultatene er til å stole på	
Kan resultatene overføres til praksis? Ja							
Kort vurdering av artikkelens forskningsmessige kvalitet							
Det ble ikke kommentert om ikke-publiserte artikler ble søkt etter. Har inkludert «grå litteratur», oppgitt som relevante «doctoral thesis» og «conference abstracts». 9 av 34 studier ble vurdert til å være av lav eller lav-moderat kvalitet. Det ble redegjort for kvalitetsvurderingen av studiene.							

<sup>1</sup> Merk at denne malen er forenklet og ikke er helt overensstemmelse med sjekklisten fra Kunnskapssenteret. For bacheloroppgaven er det tilstrekkelig å støtte seg til denne

## Vedlegg 5 Temamatrikse



### Kunnskap

- Demenssykdommer
- Håndtere og forstå utfordrende atferd og uro
- Grunnleggende behov
- Etikk og jus



### Ressurser

- Tid
- Antall ansatte på jobb
- Kompetetanse
- Støttende og fleksibel organisasjon



### Kjennskap til pasienten

- tillit
- relasjonsbygging
- tilnærming
- fleksibilitet
- livshistorie



### Tiltak/tilnæringsmåter

- ernæring/eliminering
- aktiviteter
- individuelt stell og pleie
- miljøtilpasning
- Diskutere med kollegaer