

Anne Marit Innhaug Stampen
Maiken Fosshaugen

Forebygging av tvang i demensomsorgen

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Anne Marit Åslund
Mai 2022

Anne Marit Innhaug Stampen
Maiken Fosshaugen

Forebygging av tvang i demensomsorgen

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Anne Marit Åslund
Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

SAMMENDRAG

Tittel:	Forebygging av tvang i demensomsorgen	Dato: 20.05.22
Forfattere:	Anne Marit Innhaug Stampen Maiken Fosshaugen	
Veileder:	Anne Marit Åslund	
Stikkord/nøkkelord	Sykepleier, demens, sykehjem, forebygging og tvang	
Antall sider/ord: 46/10695	Antall vedlegg:	0
<p>Bakgrunn: Nye studier viser at forekomsten av demens øker med økende alder. Innen år 2040 er det forventet en fordobling av antall personer som lever med demens. Undersøkelser viser at tvangsbruk er mest utbredt på skjermede enheter, og selv om vi har lover og regler som omhandler tvang, står helsepersonell overfor faglige og etiske dilemmaer på området. Nasjonal retningslinje for demens påpeker at personer med demens er en sårbar gruppe, noe som stiller særskilte krav til kompetanse hos helsepersonell. Som sykepleiere er det viktig at vi kompetent kompetanse, slik at unødvendig tvangsbruk blir redusert og at integriteten til denne pasientgruppen bevares.</p> <p>Hensikt: Hensikten med studien er å undersøke hva vi som sykepleiere kan gjøre for å forhindre og forebygge bruk av tvang.</p> <p>Metode: Dette er en litteraturstudie. Dataene i studien er hentet fra to ulike databaser som er basert på helsevitenskap. Vi har bruk pensumlitteratur, lover og retningslinjer i tillegg til kvalitetssikrede søkemotorer. I oppgaven er det brukt fem artikler.</p> <p>Resultat: I analysen av de fem artiklene blir det identifisert fire hovedtemaer som belyser problemstillingen. Hovedtemaene omhandler sykepleiernes opplevelse av aggressiv adferd, adferd og dens påvirkning, forebyggende tiltak og kompetanse.</p> <p>Konklusjon: Det finnes ikke noe enkelt svar på hvordan vi som sykepleiere kan forhindre og forebygge bruken av tvang. Som sykepleiere har vi et ansvar for å holde oss oppdaterte på kunnskap, kommunisere med pasienten og veilede kolleger. I tillegg til bruk av tillitsskapende tiltak, personsentrert omsorg og kunnskap om sykdommen kan unødvendig bruk av tvang reduseres.</p>		

ABSTRACT

Title:	Prevention of coercion in dementia care	Date: 20.05.22
<hr/> <hr/>		
Authors:	Anne Marit Innhaug Stampen Maiken Fosshaugen	
<hr/> <hr/>		
Supervisor	Anne Marit Åslund	
<hr/> <hr/>		
Keywords	Nurse, dementia, nursing home, prevention, and coercion	
<hr/> <hr/>		
Number of pages/words: 46/10695	Number of appendix: 0	
<hr/> <hr/>		
<p>Background: New studies have shown that the incidence of dementia increases with age. Within the year 2040 it is expected a doubling of the number of people living with dementia. Studies show that coercion are most common in shielded units, and even though we have laws and regulations that deal with coercion, health professionals face professional and ethical dilemmas in the area. National Guideline for Dementia points out that people with dementia are a vulnerable group, which places special demands on the competence of health professionals. As nurses, it is important that we have competent competence, so that unnecessary coercion is reduced, and that the integrity of this patient group is preserved.</p> <p>Purpose: The purpose of this study is to examine what we as nurses can do to prevent the use og coercion.</p> <p>Method: This is a literature study. The data in this study is obtained from two different databases which is bases on health sciences. We have used relevant literature, laws, and guidelines in addition to quality assured search engines. In this study five articles were included.</p> <p>Result: in the analysis of the five articles, four main themes were identified that illustrate our issue. The main themes were the nurses experience of aggressive behavior, behavior and its impact, preventive measures, and the nurse's knowledge.</p> <p>Conclusion: There is no simple answer to how we as nurses can prevent the use of coercion. As nurses we have a responsibility to stay up to date on knowledge, communicate with the patient and guide our colleagues. In addition, the use of trust-building measures, person-centered care and knowledge of the disease, unnecessary use of coercion can be reduced.</p>		

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	1
ABSTRACT	2
1.0 Innledning	5
1.1 <i>Bakgrunn for valg av tema</i>	5
1.2 <i>Sykepleiefaglig relevans</i>	6
2.0 Bakgrunn	7
2.1 <i>Demens</i>	7
2.2 <i>Samtykke</i>	8
2.3 <i>Tvang</i>	9
2.3.1 <i>Formell tvang</i>	10
2.3.2 <i>Uformell tvang</i>	11
2.4 <i>Etikk og sykepleierens ansvar</i>	11
2.5 <i>Kommunikasjon</i>	12
2.6 <i>Praksismodell for personsentrert omsorg</i>	13
2.7 <i>Tidligere forskning</i>	14
2.8 <i>Hensikten med oppgaven og problemstilling</i>	15
2.9 <i>Oppgavens avgrensning</i>	15
3.0 Metode.....	16
3.1 <i>Litteraturstudie</i>	16
3.2 <i>Søkeprosessen</i>	17
3.2.1 <i>PICO- skjema</i>	17
3.2.2 <i>Inklusjons- og eksklusjonskriterier</i>	17
3.3 <i>Systematisk søkeprosess</i>	18
3.4 <i>Kritisk vurdering av artikler og kildekritikk</i>	20
3.5 <i>Analyse av artikler og etiske overveielser</i>	22
4.0 Resultat	23
4.1 <i>Skjematisk fremstilling av artikler</i>	23
4.2 <i>Resultater- analyse og funn</i>	28
4.2.1 <i>Sykepleierens opplevelse av aggressiv adferd og bruk av tvang</i>	28
4.2.2 <i>Forebygging av bruk av tvang</i>	29
4.2.3 <i>Adferd og aggresjon</i>	30

4.2.4 Sykepleiernes kompetanse	31
5.0 Drøfting.....	32
5.1 Sykepleierens rolle og deres opplevelse i forbindelse med bruk av tvang og aggressiv adferd	32
5.2 Forebyggende tiltak for å hindre bruk av tvang.....	34
5.3 Adferd og aggresjon	36
5.4 Sykepleierens kompetanse	38
5.5 Innovasjon i forskning og tjenesteutvikling.....	40
6.0 Konklusjon.....	41
7.0 Litteraturliste.....	43

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Nye studier viser at forekomsten av demens øker med økende alder. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT 4) viser at det var 101 000 personer med demens i Norge i 2020, og det er forventet en fordobling frem mot 2040. I overkant så hadde 90% av sykehjemsbeboerne en demenssykdom (Gjøra *et.al.*, 2020). Ifølge Engedal og Haugen (2018) vil demenssykdom medføre motoriske, kognitive, følelsesmessige eller adferdsmessige symptomer som gjør det utfordrende å fungere i hverdagen.

Personer med demens har samme rettigheter når det gjelder helsehjelp som andre, men symptomene kan medføre problemer som gjør det viktig å belyse hvordan pasientrettighetene ivaretas for denne gruppen. I pasient- og brukerrettighetsloven er hovedregelen at pasienten skal gi sitt samtykke til helsehjelp. Loven gir likevel adgang til å bruke tvang i gjennomføring av helsehjelp under bestemte vilkår. Sentrale vilkår er at pasienten mangler samtykkekompetanse, motsetter seg helsehjelpen, og at unnlatelse av å gi helsehjelp kan føre til helseskade for pasienten. Selv om vilkårene er oppfylt må en helhetsvurdering tilsi at det er til pasientens beste å gi helsehjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Smebye og Johnsen (2020) viser til en norsk undersøkelse fra 2005 som viste at mer enn 40% av alle som bor på sykehjem ble utsatt for bruk av tvang i løpet av en uke, og at tvangsbruk er mest utbredt på skjermede enheter. Selv om kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven gir juridiske kjøreregler for bruk av tvang, står helsepersonell overfor en rekke faglige og etiske dilemmaer på dette området. Det kan være en del usikkerhet hos helsepersonell og hva begrepet tvang innebærer. Begrepet samtykkekompetanse kan også være uklart og vanskelig å vurdere for helsepersonell (Engedal og Haugen, 2018), i tillegg er det grunn til å stille spørsmål ved om helsepersonell alltid er i stand til å vurdere hva som er til pasientens beste.

Personer med demens kan ha redusert evne til å samtykke til helsehjelp, men de opplever det høyst sannsynlig like integritetskrenkende som andre som blir utsatt for tvangsbruk (Smebye og Johnsen, 2020).

Hem *et.al.*, (2011) påpeker at grensene mellom frivillighet og tvang i helse- og omsorgstjenester kan være hårfine, og at helsepersonell må balansere i et vanskelig felt. Sykepleierne kan oppleve situasjoner der pasientens motstand ikke virker «rasjonell», at helsehjelpen anses som tvingende nødvendig, og at pasienten er fornøyd med å ha fått hjelp i etterkant. Videre viser de til at motstanden kan ligge mer i måten ting blir gjort på, enn motstand mot handlingen i seg selv.

Ut ifra dette ser vi at det ligger et stort ansvar hos oss som sykepleiere å skape en trygg og forsvarlig helsehjelp til denne pasientgruppen. Vi ser viktigheten med å belyse mindre åpenbare former for tvang, og hvordan sykepleiere kan bidra til at personer med demens kan bevare verdighet, og kunne delta i beslutninger som angår dem i så stor grad som mulig.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Tema for oppgaven har sykepleiefaglig relevans da sykepleiere har en viktig rolle når det gjelder å forebygge og redusere bruken av tvang i sykehjem. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere slår fast at «grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleiere skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene». De yrkesetiske retningslinjene påpeker også at sykepleiere skal «bidra aktivt for å imøtekomme sårbare grupperes særskilte behov for helse- og omsorgstjenester» (Norsk sykepleieforbund, 2019).

Nasjonal retningslinje for demens påpeker at personer med demens er en spesielt sårbar gruppe, noe som stiller særskilte krav til kompetanse hos helsepersonell (Helsedirektoratet, 2022).

2.0 Bakgrunn

I dette kapittelet presenteres teori om demens, men vi går ikke i dybden på de ulike årsakene til demens, og ulike former for demens. Videre presenterer vi teori om tvang, etikk, kommunikasjon, samtykke og sykepleierens ansvar.

2.1 Demens

Engedal og Haugen (2018, s. 18) definerer demens som «et ervervet hjerneorganisk syndrom hos en voksen eller eldre person. Syndromet kjennetegnes ved svekket kognitiv kapasitet med redusert evne til hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon».

For å stille diagnosen demens skal tilstandene vart i minst 6 måneder og den kognitive svikten skal ha medført nedsatt evne til å klare seg i dagligdagse aktiviteter (Engedal og Haugen, 2018).

Rokstad (2020) beskriver sykdomsutviklingen ved demens i tre hovedfaser som graderes i mild, moderat og alvorlig grad. Mild grad av demens vil medføre at pasienten merker endringer som virker inn på aktiviteter i dagliglivet og evnen til å fungere sosialt. Ved moderat grad vil pasienten oppleve at stadig flere gjøremål blir vanskeligere, og dermed øker også behovet for veiledning og hjelp. Alvorlig grad av demens medfører at pasienten har betydelig handlingssvikt og kan ikke lenger klare seg alene uten hjelp. I denne fasen vil pasienten være så avhengig av hjelp fra andre at det er behov for kontinuerlig tilsyn og omsorg hele døgnet.

Videre trekkes det frem av Rokstad (2020) at personer med demens kan bli utsatt for stigmatisering. Hvordan vi omtaler personer med demens virker inn på pasientens selvbilde og identitet. Negative betegnelser som «helt bortreist» og «levende død» har en vesentlig effekt på den sosiale oppfatningen av hva det vil si å ha demens. Dette bidrar til skamfølelse og tap av sosial identitet for den som utsettes for dette (Sabat, 2002, sitert i Rokstad, 2020).

2.2 Samtykke

Autonomi og selvbestemmelse har med tiden blitt definert som en menneskerettighet, slik det kommer til uttrykk i FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (FN, 2006, sitert i Rokstad, 2020). Når det gjelder personer med demens kan symptomene føre til redusert forståelse for beslutninger som angår dem selv og egen helse. De har likevel ikke mistet retten til selvbestemmelse. Dette krever en utvidet forståelse av beslutningskompetanse hos helsepersonell når det gjelder å vurdere pasientens samtykke, og en større grad av tilrettelegging for at personer med demens skal kunne gi uttrykk for sine meninger, interesser og delta i beslutningsprosesser.

I lov om pasient – og brukerrettigheter er det forankret som en rettighet at alle pasienter har rett til informasjon tilpasset deres forutsetninger (§3-2), til å samtykke (§4-1) og medvirke (§3-1) i beslutninger angående egen helse. Dersom det er vurdert og funnet at pasienten mangler samtykkekompetanse, har nærmeste pårørende en særskilt stilling når det gjelder å motta informasjon og medvirke sammen med pasienten (§3-1 andre ledd og §3-3 andre ledd) (Smebye og Johnsen, 2020, s. 235-236).

Rokstad (2020) påpeker at en demensdiagnose ikke er ensbetydende med at pasienten mangler evne til å delta i beslutninger, men når sykdommen utvikler seg kan evnen reduseres. Det vil si at pasienten kan miste samtykkekompetanse i gitte situasjoner. Samtykkekompetanse kan være vanskelig å vurdere, og begrepet har blitt kritisert for å være uklart (Engedal og Haugen, 2018).

I lovteksten gis det ikke andre holdepunkter enn at manglende samtykkekompetanse betyr at pasienten «åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykke omfatter» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Det er imidlertid utviklet noen holdepunkter som kan hjelpe helsepersonell i å vurdere om pasienten har samtykkekompetanse.

Holdepunktene belyser følgende fire områder:

- Evnen til å forstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp
- Evnen til å anerkjenne informasjonen i sin egen situasjon, spesielt knyttet til egen lidelse og mulige konsekvenser av de ulike behandlingsoalternativer
- Evnen til å resonnerer med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsoalternativene
- Evnen til å uttrykke et valg

(Helsedirektoratet, 2018, kapittel 4-3, avsnitt 21).

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) er formålet med reglene i «*Kapittel 4 A. Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen*» å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt å forebygge og redusere bruken av tvang. Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett.

2.3 Tvang

Rokstad (2020, s. 246) hevder at det foreligger en del usikkerhet om hva som ligger i begrepet tvang i helse- og omsorgstjenestene og blant helsepersonell, og viser til en enkel med treffende måte å definere tvang på i juridisk sammenheng: «Tvang er fravær av samtykke». Denne definisjonen viser tydelig at det blir sentralt å avklare hva som ligger i samtykke som vi har omtalt over. Det vil altså ikke foreligge ulovlig bruk av tvang dersom utgangspunktet for helsehjelpen er et gyldig samtykke.

Ifølge Lov om kommunale helse – og omsorgstjenester § 9-2 er tvang eller makt tiltak som brukeren eller pasienten motsetter seg, eller tiltak som er så inngripende at de uansett motstand må regnes som bruk av tvang eller makt (Helse – og omsorgstjenesteloven, 2011).

I 2009 kom det et nytt kapittel i pasient- og brukerrettighetsloven som gir hjemmel for tvungen helsehjelp til pasienter som mangler samtykkekompetanse (Pedersen *et.al.*, 2013). Kapittel 4 A i pasient- og brukerrettighetsloven regulerer helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Formålet med lovreglene er å kunne «yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade, samt forebygge og begrense bruk av tvang» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Loven setter krav til vilkår som må være oppfylt før det kan ytes helsehjelp til en person som motsetter seg slik hjelp. De viktigste vilkårene er at pasienten mangler samtykkekompetanse, at vedkommende motsetter seg helsehjelp, at unnlatelse av å gi helsehjelp fører til vesentlig helseskade for pasienten og at tillitsskapende tiltak skal være forsøkt før en kan gjennomføre tiltak (Engedal og haugen, 2018, s. 383).

Pedersen et al. (2013) påpeker at de nye lovhjemlene i pasient- og brukerrettighetsloven trolig skjerper bevisstheten, men at det også foreligger et stort potensial for feiltolkning og helsepersonell kan vegre seg for å fatte vedtak om bruk av tvang. Det hevdes også at loven på noen områder er i utakt med virkeligheten i sykehjem, og verdiene til de ansatte.

Øye (2016) påpeker at tvang i helse- og omsorgstjenestene virker skremmende, og at det liksom ikke hører hjemme der, men stiller spørsmål om hva vi skal gjøre hvis den du skal hjelpe nekter å vaske seg, eller nekter å ta medisiner sine som er helt nødvendige, eller rett og slett bestemmer seg for å gå hjem. Videre påpeker Øye (2016) at det må være et mål og unngå krenkelser, men at det ikke er mulig å unngå all bruk av tvang. Problemet ligger ofte i at man går utover det som en har rettslig adgang til når det kommer til å begrense bevegelsesfrihet og bruk av tvang, og at grensene mellom formell og uformell tvang kan være utydelig.

2.3.1 Formell tvang

Formell tvang kan for eksempel dreie seg om å låse dører for å hindre at pasienten går ut og blir borte, skjule medisiner i pasientens mat og drikke, holde armer og ben i stellesituasjon, isolasjon/overvåkning, sengehest eller stengsler for å hindre fri bevegelse. Setter man

derimot pasienten i den dyp stol slik at vedkommende ikke klarer å komme opp på egenhånd, snakker vi om uformell tvang (Øye, 2016)

2.3.2 Uformell tvang

I motsetning til formell tvang er uformell tvang ikke regulert i lovverket. Denne formen for tvang kan være trusler, avledning, lokking, luring, hvite løgner, overtalelse eller liknende. Denne formen for tvang er mere utbredt enn formell tvang (Øye, 2016).

2.4 Etikk og sykepleierens ansvar

Som vi har vist til ovenfor i oppgaven er bruk av tvang i demensomsorgen på sykehjem ganske omfattende, og lovverket kan fremstå som komplisert å forholde seg til. Bruk av tvang er derfor både kommunikasjons og etisk krevende (Eide og Eide, 2019).

Som sykepleiere har vi 4 etiske prinsipper som vi må forholde oss til. Prinsippene er likeverdige, og ingen blir ansett som viktigere enn andre. De er ikke absolutte, men kan være en veileder til hvordan vi skal forholde oss til en situasjon (Brinchmann, 2016).

De 4 etiske prinsippene er:

- velgjørenhet – plikten til å gjøre godt mot andre
- ikke skade – plikten til å ikke skade andre
- autonomi – plikten til å respektere autonome personers beslutninger
- rettferdighet – plikten til å behandle like tilfeller likt

(Brinchmann, 2016).

Ifølge Sneltvedt (2016) har Norsk sykepleierforbund som et av sine formål å sikre en høy etisk sykepleiefaglig standard blant sykepleierne. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere omhandler sykepleierens forhold til profesjonen, pasient, pårørende, medarbeidere, arbeidssted og samfunn. Folk forventer ikke at sykepleiere misbruker sin tillitt og utnytter situasjonen til å skaffe seg fordeler som blant annet bytte om på medisiner

og stjeler fra sine pasienter. Få sykepleiere opptrer på denne måten, men alle har mulighet til å gjøre det (Sneltvedt, 2016).

I dette ligger et moralsk ansvar knyttet til rollen som profesjonell sykepleier. Eide og Eide (2009) påpeker at avveininger når det gjelder bruk av tvang til pasientens beste mot hensynet til pasientens integritet er og blir et etiske dilemma som må løses i den enkelte situasjon. De etiske dilemmaene som oppstår knyttet til bruk av tvang overfor personer med demens lar seg ikke løse ved hjelp av bestemte regler eller prinsipper, men handler i stor grad om kommunikasjon.

2.5 Kommunikasjon

Eide og Eide (2009, s.17) definerer kommunikasjon som «utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter». De viser til at tegn kan være ord, ansiktsuttrykk og gester, som for eksempel at en person kan vise glede ved å smile. Da en ikke med sikkerhet vet hva som uttrykkes må tegn og signaler fortolkes. På grunnlag av at ord ikke er entydige og kan være både vennlige, sårende og inspirerende for å nevne noe. Ulike personer vil kunne reagere forskjellig selv med samme signaler, og det kan skape både nærhet og avstand, tillit og mistillit eller samarbeid og konflikt (Eide og Eide, 2009).

Kommunikasjon blir utfordrende når språk, forståelse, oppmerksomhet og hukommelse svekkes. Det kan bli vanskelig å holde tråden og flyten i samtalen, noe som kan oppleves vondt og frustrerende (Nasjonalforeningen for folkehelse, 2022). Noen konkrete tips som kan hjelpe i kommunikasjon med personer med demens kan være:

1. Si en ting om gangen
2. Bruke korte, enkle, klare og konkrete ord og setninger
3. Ta seg god tid
4. Lytte
5. Bruke kroppsspråk aktivt, da dette kan virke langt bedre enn ord
6. være forberedt på ordet «nei», da dette ofte er det enkleste svaret (Nasjonalforeningen for folkehelse, 2022).

Wogn-Henriksen (2020) påpeker at demens utfordrer kommunikasjonen fordi generell kognitiv svikt og spesifikke språklige evner svikter, som da påvirker evnen til å forstå og bli forstått. Dette berører behovet for å kommunisere med andre som ligger dypt i oss. Det er ingenting som tyder på at personer med demens får mindre behov for å kommunisere med andre gjennom demensutviklingen – selv om de språklige redskapene svikter. Viktigst av alt er at helsepersonell viser positive holdninger, grunnleggende respekt og empati i kommunikasjonen. Det kan være vanskelig å sette opp regler for hvordan en best kan oppnå god kommunikasjon med personer med demens, da hver pasient er unik og må møtes individuelt utfra sine forutsetninger. Dette innebærer at kommunikasjonen må være personsentrert.

2.6 Praksismodell for personsentrert omsorg

Rokstad (2020) viser til sosialpsykologen Tom Kitwood og hans arbeid med å utvikle teori om personsentrert omsorg. Han har tatt et oppgjør med verdier i samfunnet som devaluerer mennesker til «et tilfelle» når de på grunn kognitiv svekkelse får reduserte funksjoner, og understreker at hvert menneske må ses om en fullverdig person selv om de er rammet av sykdom.

VIPS-praksismodell er utviklet med utgangspunkt i Kitwoods omsorgsfilosofi, og løfter frem elementer som er sentrale for kunne omsette personsentrert omsorg i praktiske og konkrete situasjoner (Røsvik, 2020, sitert i Rokstad, 2020).

VIPS er et akronym for hovedelementene i personsentrert omsorg, som VIPS praksismodell bygger på:

V	Å tillegge alle mennesker samme verdi , uavhengig av alder og kognitiv funksjon
I	Å tilrettelegge omsorgen individuelt
P	Å prøve å forstå perspektivet til personen med demens, hvordan personen opplever sin situasjon og verden rundt seg
S	Å skape et støttende sosialt miljø

(Aldring og helse, u.åb, avsnitt 2).

2.7 Tidligere forskning

Tidligere forskning på temaet bruk av tvang overfor pasienter med demens viser at det er en utbredt forekomst av tvangsbruk (Kirkevold, 2005, sitert i Rokstad 2020). Det kan være en allmenn oppfatning om at personer med demens ikke har evne til å ta beslutninger, eller delta i beslutninger som angår egen helse, men studier viser at god tilrettelegging for medbestemmelse kan føre til at personer med demens både kan ta selvstendig avgjørelser, og delegerer beslutninger til andre (Smebye, 2018).

Det eksisterer mange gråsoner, og det er ofte uklarheter rundt regelverket som regulerer bruk av tvang. Helsepersonell rapporterer om mangelfull opplæring. Vurdering av samtykkekompetanse er komplisert og krever ofte et samarbeid mellom sykepleier og lege (Pedersen et al., 2013). Oppsummert viser tidligere forskning at det er behov for mer kunnskap om hvordan tvangsbruk kan reduseres i demensomsorgen, og nærmere klargjøring av de ulike formene for tvang

2.8 Hensikten med oppgaven og problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å benytte forskningsartikler til å fremskaffe resultater som kan belyse problemstillingen, og se disse resultatene i lys av annen teori for å drøfte hvordan sykepleiere kan bidra til å forebygge og redusere bruk av tvang overfor personer med demens i sykehjem.

Gjennom våre praksisperioder i løpet av bachelorstudiet i sykepleie har vi observert bruk av tvang hos personer med demens både med og uten tvangsvedtak. Vi opplever at det er små marginer og mange gråsoner mellom det som er frivillig og det som blir omtalt som tvang. Vi er opptatt av hvordan kunnskap og erfaring kan ha innvirkning på forekomst av tvangsbruk. Vi har en forforståelse av at god kommunikasjon mellom pasient og personell, samt kunnskap og kompetanse er viktige elementer når det kommer til å kunne redusere og forebygge tvangsbruk. Vi er derfor interessert i å finne ut mer om denne tematikken, og har arbeidet oss fram til følgende problemstilling:

«Hvordan kan vi som sykepleiere forebygge og redusere bruk av tvang hos pasienter med demens i sykehjem?»

2.9 Oppgavens avgrensning

Denne oppgaven setter fokus på hvordan sykepleiere kan forebygge og redusere bruk av tvang til personer med demens som bor på sykehjem. Vi avgrenser problemstillingen til å omhandle sykepleierens intervensjoner i samhandlingen med pasienter med demens, og går ikke i dybden på de juridiske aspektene og regler for vedtak om tvungen helsehjelp. Vi vektlegger hvilken kunnskap og metoder sykepleier kan benytte i samhandlingen og går ikke nærmere inn ulike former for demenssykdom. Vi kommer ikke inn på risikofaktorer eller behandlingsformer når det kommer til sykdommen.

Da tematikken bygger både på jus, etikk og sykepleiefag har vi valgt å ta med de viktigste prinsippene i jussen, samt vektlegge etiske aspekter sammen med sykepleiefaglig kunnskap.

3.0 Metode

Ifølge Thidemann (2019, s.74) så kan metode beskrives som den systematiske fremgangsmåten en benytter for å kunne samle inn informasjon og kunnskaper for å belyse en valgt problemstilling.

3.1 Litteraturstudie

Metoden som er benyttet i denne oppgaven er en litteraturstudie som basert på pensumlitteratur, selvvalgte bøker, kvalitetssikrede søkemotorer og artikler om tema skal være med på å belyse temaet og gi svar på problemstillingen.

Når en systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder, er studien som blir benyttet en litteraturstudie. Det å systematisere kunnskap innebærer å samle inn litteratur, kritisk vurdere den og til slutt sammenfatte innholdet, (Magnus og Bakketeig, 2000, sitert i Thidemann, 2019, s. 77).

En benytter seg av en systematisk tilnærming i alle trinn i prosessen. Hensikten med dette er å kunne gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på området som problemstillingen etterspør, samt beskrive hvordan man har funnet og kommet frem til kunnskapen. Systematisk litteratursøk består av seks trinn som omhandler det å velge søkeord, databaser evaluere søket og dokumentere søkestrategi. Litteraturstudien består også av seks trinn, her skal artiklene leses, kritisk vurdere innholdet, analysere og tolke resultatene før en til slutt sammenfatter resultatene og presentere disse (Thidemann, 2019, s. 77-78).

3.2 Søkeprosessen

3.2.1 PICO- skjema

Når vi skulle starte med å utføre søk i databaser for å finne artikler som omhandlet vårt tema, valgte vi å benytte et PICO- Skjema. På denne måten kunne vi strukturere søket vårt bedre da vi hadde fått kartlagt hva problemet var, og hva vi ville finne ut av.

P Patient	I Intervention	C Comparison	O Outcome
Hvem ønsker vi å få vite noe om? (pasientgruppe, diagnose og problem)	Hvilke tiltak, intervensjon eller behandling ønsker vi å få vite noe om?	Brukes i de tilfellene hvor vi sammenligner to forskjellige tiltak	Hvilket utfall, effekt, erfaring, opplevelse eller endepunkt er vi interessert i?
Pasienter med en demensdiagnose utsatt for tvang	Forebygging av tvang Tillitsskapende tiltak		Opplevelse av trygghet og tillit

3.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi ønsket å begrense søket vårt slik at artiklene var utgitt i nyere tid og som omhandlet temaene demens, tvang, sykepleiere og sykehjem. Siden vi kommer til å jobbe i Norge og har omtalt norske sykehjem i teksten, ønsket vi at artiklene skulle omhandle Europa da de er mest sammenlignbare med Norge. For å begrense søket vårt satte vi derfor opp kriterier i en tabell med inklusjon- og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> • Språk: engelsk, norsk, dansk eller svensk • Alder: utgitt siste 10 år (2012-2022) • Sykepleiefagligrelevans • Fokus på tiltak som forebygger/omhandler tvang • Rettet mot personer med en demenssykdom • Geografi - Europa 	<ul style="list-style-type: none"> • Andre språk • Alder: artikler som er publisert før 2012 • Hovedfokus på pårørende • Lege- eller spesialsykepleierelatert • Rettet mot andre pasientgrupper enn de med en demenssykdom • Områder utenfor Europa

3.3 Systematisk søkeprosess

For å kunne bedømme hva som fantes av litteratur i henhold til vår problemstilling startet vi med å utføre et oversiktssøk, i databasene Cinahl Complete, PsycINFO og Pubmed der vi prøvde ulike søkeord og kombinasjoner. Vi brukte inklusjonskriteriene og eksklusjonskriteriene aktivt for å se om artiklene var relevante i forhold til det vi ønsket å undersøke. Når vi utførte oversiktssøket vårt, ble vi også oppmerksomme på at noen av inklusjonskriteriene vi hadde satt opp heller var eksklusjonskriterier. Oversiktssøket hjalp oss med å få oversikt og kunnskap om hvilke artikler som fantes, samt at det var med på å fastslå kriterier for å avgrense tema og problemstillingen.

Etter at vi hadde foretatt et oversiktssøk, altså den innledende fasen valgte vi å benytte oss av databasene Cinahl Complete og PsycINFO.

Thidemann (2019, s. 86) forklarer at mange av databasene har egne standard emneordssystemer. Et eksempel kan være MeSH eller CINAHL Subject headings som til dels bygger på MeSH, men som er bedre utbygd for sykepleiefaglige emner.

Ord som er hentet fra databasens kontrollerte terminologi og som beskriver innholdet i artikler og bøker blir omtalt som emneord. Keywords er derimot ord som er fra artikkelens tittel, sammendrag eller forfatterens egne stikkord (Thidemann, 2019, s. 86). For å få opp

alle artikler som inneholdt våre søkeord, valgte vi å benytte både emneord og keywords. På denne måten dekket vi alt som omhandlet våre søkeord. Ved å ta utgangspunkt i PICO-skjema vårt og problemstilling ble søkeordene våre, **dementia, nurses, nursing homes og coercion**. Søkematriksen er presentert i en tabell der søk, antall treff og kombinasjoner er presentert. Når vi utførte søkene våre, brukte vi inklusjons- og eksklusjonskriteriene våre likt i begge databaser for å et mest mulig strukturert søk. Vi leste gjennom abstraktene til flere relevante artikler, men endte til slutt opp med fem artikler som vi mener er gode og relevante for vår oppgave.

Emneordene er presentert først, mens keywords er presentert under hvert emneord og er markert med (KW)

Dato for utført søk		Søkeord	Cinahl Complete	PsycINFO
Søkene ble utført fra 01/04 22 til 08/04 22.	S1	Dementia	81213	85840
	S2	Dementia (kw)	73093	82504
	S3	Coercion	2385	2683
	S4	Coercion (kw)	3513	7241
	S5	Nursing homes	30238	9589
	S6	Nursing homes (kw)	31330	12927
	S7	Nurse	244501	35204
	S8	Nurse (kw)	398146	64991
	S9	S5 or S6 or S7 or S8	506076	76236
	S10	S1 or S2	98468	110013
	S11	S3 or S4	3513	7241
	S12	S10 and S11	26	33
	S13	S9 and S12	8	6
		S14	S13, limit: 2012-2022	7

3.4 Kritisk vurdering av artikler og kildekritikk

Ifølge Thidemann (2019, s. 26) så skal kildematerialet som er brukt i oppgaven for å belyse problemstillingen, behandles ved at en analyserer og tolker innholdet, i tillegg til å kritisk vurdere innholdet i teksten.

For å kunne svare på vår oppgave har vi inkludert 5 artikler, som alle er fagfellevurdert samt at innholdet er relevant i forhold til vår problemstilling. Artikkene vi har valgt ut har ulike forskningsmetoder, tre kvalitative, en systematisk review og en kvantitativ. Ulike forskningsmetoder gjør at vi får en bredere kunnskap om temaet, i tillegg ønsket vi å kunne se på problemstillingen fra flere sider.

De tre artiklene som benytter kvalitativ metode belyser sykepleiernes følelser ved bruk av tvang, samt deres opplevelser i forbindelse med pasientens adferd og tiltak for å forebygge tvang. Ifølge Thidemann (2019, s. 76-77) bygger kvalitativ metode på å få kunnskaper om menneskenes meninger, erfaringer, opplevelser og forventninger. Kvalitativ metode er derfor hensiktsmessig i disse tre artiklene, da vi ønsker å få vite mer om sykepleierens følelser og erfaringer.

Kvantitativ metode bygger på eksakt faktakunnskap, da denne metoden gir oss målbare tall og enheter (Thidemann, 2019, s. 75-76). Vi har inkludert en artikkel som har denne metoden fordi den har som mål å se på formelle beslutninger knyttet til tvangsbehandling. Denne artikkelen omhandler personer med demens som bor hjemme, men vi har likevel valgt å bruke denne da den omtaler hyppigheten av tvang, samt viktigheten av hjelp fra pårørende i enkelte kartleggings situasjoner.

En systematisk review kjennetegnes ved at teksten er en sammenstilling av relevant forskning og eksisterende kunnskap om et bestemt tema (universitetet i Oslo, 2015, sitert i Thidemann, 2019, s.79). I oppgaven er det inkludert en review, en svakhet med å benytte denne metoden kan være at dette er en innsamling av eksisterende kunnskap. Vi mener

likevel at denne artikkelen er relevant for vår oppgave da den hjelper oss med å se helheten i oppgaven og for å få et bedre innblikk på bakgrunn av vår problemstilling.

I tillegg til artiklene har vi benyttet oss av pensumlitteratur, lovdata og andre relevante nettsider som omhandlet vårt tema. Når det kommer til pensumlitteratur har vi stort sett kun brukt oppdaterte pensumbøker, med det mener vi at bøkene vi har benyttet oss av er utgitt etter 2012. Noen bøker vi har benyttet i oppgaven er noe eldre enn 2012, men vi mener likevel at innholdet er gyldig og inneholder relevante opplysninger for vår oppgave.

Lover og regler er regulert av stortinget, derfor regner vi disse som gyldige og relevante selv om de er gitt ut på 90- og 2000 tallet.

Når det kommer til søk etter kunnskap og informasjon på internett, har vi vurdert nettsiden nøye og sett på hvem kunnskapen er rettet mot. Vi har vurdert om innholdet holder faglig relevans. På bakgrunn av dette har vi bedømt kildens relevans og gyldighet opp imot oppgaven vår. Vi har inkludert tre nettsider uten år i vår oppgave. Dette kan være en svakhet da vi ikke vet når innholdet er publisert. Vi har likevel valgt å inkludere disse nettsidene da vi har evaluert at innholdet holder faglig standard og samt at innholdet er høyst relevant i forhold til vår oppgave.

Vi har brukt både primær – og sekundærlitteratur. En primærkilde er en førstehåndskilde, altså selve «originalen». I en sekundærkilde er derimot materialet fra primærkilden bearbeidet (Bjørk og Solhaug, 2017, s. 44). Vi har i hovedsak benyttet primærlitteratur da vi føler at dette er en sterkere kilde da ingenting av innholdet er gjengitt. Det meste av sekundærlitteraturen vi har benyttet er fra pensumbøker. Dette kan være en svakhet da noe av litteraturen er tolket av en annen forfatter og gjengitt, men vi har likevel valgt og brukt pensumlitteratur da vi anser dette som en trygg kilde selv om det er sekundærlitteratur.

3.5 Analyse av artikler og etiske overveielser

I vårt analysearbeid har vi brukt Aveyards tematiske analysemodell. Dett er en måte å oppsummere litteratur på, essensen i de ulike trinnene oppsummeres for å få en introduksjon av innholdet (Thidemann, 2019, s.96).

Vi startet med å lese gjennom resultatdelen i hver artikkel og noterte nøkkelord som vi mente var viktige for vår oppgave. Deretter fant vi likheter i resultatdelene til de ulike artiklene, vi streket under likhetene og ut ifra likhetene valgte vi hovedtemaene. For å kunne få svar på vår problemstilling ønsket vi ulike forskningsmetoder, derfor så leste vi metodekapittelet nøye for å se hvilken metode som var brukt i studien. I tillegg så leste vi hensikten for å se om artikkelen omhandlet vårt tema, altså om hensikten samsvarer med det vi ønsket mer kunnskaper om. Hver artikkel har vi presentert i tabellform for å få en god oversikt over innholdet, samt at vi da enklere kunne sammenligne dem med tanke på likheter og ulikheter.

Artiklene som er bruk i oppgaven er blant annet godkjent av personvernombudet ved Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste, regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk og av Norsk senter for forskning. En artikkel er dog vurdert dit hen at formell godkjenning av en etisk komité ikke var nødvendig i henhold til de nasjonale retningslinjene. Anbefalingene for forskningsetikk i Sverige ble imidlertid fulgt. I de fleste artikler ble skriftlig og muntlig informasjon gitt, samt at samtykke til å delta skjedde skriftlig. Det var lagt fokus på frivillighet, anonymisering og lov om å trekke seg underveis. I den kvantitative studien var det derimot samarbeid med fylkesmannskontorer som utgjorde dataene, fylkesmannskontorene ble pålagt å trekke ut relevante data fra egne elektroniske saksbehandlingssystemer. I den ene artikkelen som er review fant vi derimot ingen etisk godkjennelse i teksten.

4.0 Resultat

4.1 Skjematisk fremstilling av artikler

Under vil de inkluderte artiklene presenteres kort i en skjematisk fremstilling.

Artikkel 1 <i>«Kampen for pasientens beste – sykepleierens opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens»</i>	
Referanse: Tidsskrift: Land:	Garden og Hauge (2012) Nordic Journal of Nursing Research Norge
Hensikt:	Hensikten med studien var utforske sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens
Metode:	Studien inkluderte 8 sykepleiere innenfor demensomsorgen i sykehjem. Disse var intervjuet, og det var brukt kvalitativt livsverden-design. Kriteriene var at sykepleierne var i pasientrettet arbeid, hadde minimum et års erfaring fra demensomsorgen, hadde deltatt i situasjoner der tvang ble brukt og snakket godt norsk. Deltakelsen var frivillig, sykepleierne fikk skriftlig og muntlig informasjon. Undersøkelsen er meldt og godkjent av personvernombudet ved Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste.
Resultat:	Analysen førte frem til fem ulike beskrivelser av sykepleierens opplevelse i forbindelse med bruk av tvang. 1. opplevelsen av å ikke nå og forstå pasienten. 2. opplevelsen av å ha skyld i pasientens negative opplevelse. 3. opplevelsen av pasienten som tapt eller tildekket. 4. opplevelsen av sinne i omsorgssituasjonen. 5. opplevelsen av trange rammer.
Konklusjon:	Sykepleierne opplevde bruk av tvang som en kamp for pasientens beste. Hva som var pasientens beste ble imidlertid opplevd som uavklart. Sykepleierens holdninger og evne til å nå og forstå pasienten i hverdagen påvirket bruken av tvang.
Relevans for studien:	Denne studien er relevant da den tar for seg ulike perspektiver/opplevelser av tvangsbruk. Samtidig tar den for seg sykepleierens holdninger til bruken av tvang.

Artikkel 2

«How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study»

Referanse:	Gjerberg <i>et.al.</i> (2013)
Tidsskrift:	Nursing ethics
Land:	Norge
Hensikt:	Hensikten med denne studien var å kartlegge hvilke strategier/alternativ personalet kunne ta i bruk for å unngå bruk av tvang.
Metode:	Dataene ble samlet via gruppeintervju med sykehjemspersonell. Deltakerne ble rekruttert via ledelsen i sykehjemmene. Det var 60 deltakere, bestående av sykepleiere, hjelpepleiere og noen ansatte uten formell kompetanse. Intervjuene fokuserte på hva slags tvang personalet nylig hadde opplevd, deres forståelse av tvang, hvilke situasjoner som utløste bruk/press av tvangsbruk og strategier som kunne forhindre bruk av tvang. Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste.
Resultat:	Intervjuene avdekket: mye bruk av tid på tilnærminger som kunne forhindre bruk av tvang, tvang ble sett på som en siste utvei, noen hadde sine egne tiltak når pasienten motsette seg hjelp, strategier for å forebygge bruk av tvang, mangel på personal kan føre til unødvendig bruk av tvang, mangel på kompetanse.
Konklusjon:	Behov for nokk folk på jobb, høy faglig kompetanse og kontinuitet blant personalet. Misforhold mellom lovverk og ressurser. Strukturelle forhold og individuelle kliniske møter er avgjørende for hvordan situasjonen utvikler seg.
Relevans for studien:	Denne studien er relevant for vår oppgave da den tar for seg tiltak som kan redusere bruken av tvang. Samt at den tar for seg etiske dilemmaer.

Artikel 3

«The ethics of coercive treatment of people with dementia»

Referanse:	Lejman <i>et.al</i> (2013)
Tidsskrift:	Nursing ethics
Land:	Sverige
Hensikt:	Hensikten med denne studien var å beskrive hvordan sykepleiere i sykehjem sikrer rettsikkerhet, god og trygg sykepleie og ivaretar verdigheten til pasientene.
Metode:	Studien var kvalitativ. Det ble utført intervjuer med 10 registrerte sykepleiere som jobbet på 10 forskjellige sykehjem. Intervjuene ble utført ved samtale med fokus på informanten og spontane oppfølgingsspørsmål ble stilt. Formell godkjenning av etisk komité var ikke nødvendig i henhold til nasjonale retningslinjer. Anbefalinger for forskningsetikk i Sverige ble imidlertid fulgt.
Resultat:	Tre ulike sykepleiestrategitemaer kom frem. Temaene gjaldt hvordan sikre sykepleie av høy kvalitet uten å krenke demensomsorgsbeboerne juridiske rettigheter, tvangsbehandling, spesifikke retningslinjer for håndtering av situasjoner som involverer tvangsbehandling. Risikoen ved å ikke bruke tvang. Bruk av mekanisk og ikke-mekaniske begrensninger. Elektronisk overvåking brukt som rutine for å beskytte andre beboere. Forebygging av tvang. Høy kunnskap. Bemanningen ble beskrevet som god.
Konklusjon:	Bruk av tvang ble fortsatt brukt til tross for de-legalisering. Grunnen var å sikre god og trygg sykepleie. Sykepleierens tolkninger av jussen, mangelfull bemanning ser ut til å bevare tvangsbruk.
Relevans for studien:	Studien tar for seg de etiske dilemmaene, samt at den tar for seg mange tiltak for å redusere bruken av tvang. Samtidig understreker den at det er viktig med høy kompetanse og tilstrekkelig bemanning for å forebygge tvangsbruk.

Artikkel 4

«Formal caregivers experiences of aggressive behavior in older people living with dementia in nursing homes: a systematic review»

Referanse:	Holst og Skär (2017)
Tidsskrift:	International journal of older people nursing
Land:	Norge og Sverige
Hensikt:	Hensikten med denne studien var å undersøke formelle omsorgspersoners erfaringer med aggressiv atferd hos eldre mennesker som lever med demens på sykehjem.
Metode:	Det ble foretatt en systematisk gjennomgang. Et søk i publiserte forskningsstudier mellom 2000-2015 ble utført med passende søkeord. 11 studier ble identifisert og inkludert i denne oversikten.
Resultat:	Analysen resulterte i 4 kategorier: formelle omsorgspersoners syn på utløsere av aggresjon, uttrykk for aggresjon, effekten av aggressiv atferd på formelle omsorgspersoner og formelle omsorgspersoners strategier for å adressere aggresjon. Resultatene viser at aggressiv atferd kan føre til negative følelser hos formelle omsorgspersoners og beboere på sykehjem.
Konklusjon:	Resultatene av denne studien tyder på at de å ha evnen til å identifisere triggere kan hjelpe omsorgspersoner med å håndtere aggressiv atferd. Aggressiv oppførsel kan også påvirke kvaliteten på omsorgen. Resultatene indikerer at omsorgspersoner foretrekker personsentrerte strategier for å håndtere aggressiv atferd blant eldre mennesker, mens bruk av legemidler og tvangsstrategier er en siste utvei.
Relevans for studien:	Denne studien er relevant da den tar for seg håndtering av aggressiv atferd da dette ofte kan være en grunn til bruk av tvang. Samtidig understreker den at legemidler og tvangsstrategier er en siste utvei. Den viser også at personsentrert omsorg blir prøvd før man eventuelt bruker tvang.

Artikel 5

«Forced treatment and care in home- dwelling persons with dementia»

Referanse:	Gjellestad, oksholm og Bruvik (2020)
Tidsskrift:	Nursing ethics
Land:	Norge
Hensikt:	Hensikten med denne studien var å få innsikt i formelle beslutninger knyttet til tvangsbehandling og omsorg for hjemmeboende personer med demens.
Metode:	Dette er en tverrsnittstudie basert på formelle vedtak om tvangsbehandling og omsorg for hjemmeboende i Norge tatt mellom 2015-2016. den er begrenset til somatisk helsehjelp. Pasientene bodde i private hjem eller hjelpeboliger. Datainnsamlingen ble gjort i samarbeid med flere fylkesmannskontorer. 8 fylkesmannskontor deltok, der dataene ble anonymisert. Medianalderen var på 79 år. Studien er godkjent av regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk og av Norsk senter for forskning.
Resultat:	Det ble funnet 108 formelle vedtak om tvangsbehandling og omsorg for personer med demens. Beslutninger om innleggelse representerte 57% av dataene. Andre medisinske og sikkerhetsmessige beslutninger 27%, og bistand til dagliglivets aktiviteter 16%. I de fleste tilfeller var det legene som var ansvarlige for avgjørelsene 77%, men sykepleiere og familiemedlemmer var ofte involvert.
Konklusjon:	Dårlig dokumentasjon kan utgjøre en risiko for sikkerheten og trivselen til personer med demens. Familiedeltakelse i tvangsbehandling og omsorg reiser etiske dilemmaer. Mer forskning på erfaringene til sykepleiere, personer med demens og familiemedlemmer med tvangsbehandling og omsorg er nødvendig for å hjelpe etiske, juridiske og klinisk utfordrende beslutningsprosesser.
Relevans for studien:	Denne studien er relevant for vår oppgave fordi den tar for seg etiske og juridiske beslutningsprosesser. Dårlig dokumentasjon kan utgjøre en risiko, dette er viktig å ta med seg videre for oss som sykepleiere.

4.2 Resultater- analyse og funn

I denne delen av oppgaven vil vi presentere de fem artiklene og funn som er relevante for vår problemstilling.

4.2.1 Sykepleierens opplevelse av aggressiv adferd og bruk av tvang

I artikkelen skrevet av Garden og Hauge (2012) er hensikten å utforske sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens. Temaene var opplevelsen av å ikke nå og forstå pasienten, av å ha skyld i pasientens negative opplevelse, føle at pasienten har gått «tapt» i sin sykdom, opplevelsen av sinne i omsorgssituasjon og trange rammer. På den ene siden kjempet de for å gjøre det beste for den enkelte pasient, på den andre siden kunne de oppleve selve tvangssituasjonen som en kamp mot pasienten. I disse situasjonene strever sykepleierne med egne følelser, samtidig som de skal innfri et faglig ideal om å gjøre det beste for pasientene med tilgjengelige ressurser. Noen sykepleiere så også på tvang som en urettferdig kamp der personalets fysiske maktposisjon ble en tydelig motsats til pasientens sårbarhet.

I Gjerberg *et.al.* (2013) avdekket studien at personalet brukte mye tid på å forhindre tvangsbruk. De fleste av personalet hadde sine egne tiltak som de forsøkte å bruke når pasienten motsatte seg hjelp. Noen ganger lyktes de, andre ganger følte personalet at de måtte bruke press eller makt der det ble vurdert at helsehjelpen var nødvendig. Det ble også understreket at tiltakene må ses i lys av ressursene sykehjemmene har og organiseringen av det daglige arbeidet. Dette gjelder blant annet å ha tilstrekkelig antall ansatte på jobb, da det ifølge personalet kan mangel på ansatte føre til unødvendig bruk av tvang.

I artikkelen til Lejman *et.al* (2013) sier en sykepleier at det handler mye om sykepleierens rolle, hvordan en forklarer, støtter og viser/veileder andre pleiepersonell hvordan de skal opptre mot beboere som viser engstelig eller aggressiv adferd, uten å gi beroligende

medikamenter. Det handler om hvordan vi tilnærmer oss pasienter med demens. Her blir det også understreket viktigheten av kunnskap hos personalet samt tilstrekkelig bemanning. I Holst og Skär (2017) kommer det frem at eksponering for aggressiv adferd får sykepleiere til å føle at de har gjort noe feil, og stiller spørsmål ved egen kompetanse og profesjonalitet. En sykepleier sier også at selv om vi vet at de er mentalt ustabile og uvitende om hva de gjør eller sier, hvis de misbruker deg verbalt, føler du fortsatt at det gjør vondt.

I den siste artikkelen ble det funnet at i tverrfaglig samarbeid var sykepleiere ofte involvert i beslutninger om bruk av tvang. (Gjellestad, oksholm og Bruvik, 2020). Vi mener det er viktig å ta med siden det er vi som sykepleiere som ser pasienten mest, og det er vi som er med på å avgjøre om et tvangsvedtak er nødvendig eller ikke.

4.2.2 Forebygging av bruk av tvang

Ifølge Garden og Hauge (2012) kan tvang oppstå i situasjoner der sykepleiere ønsker å ivareta verdighet og beskytte pasientens respekt. Noen sykepleiere var opptatt av pasientens følelsesmessige opplevelse når de skulle gjennomføre omsorgstiltak da dette bidro til at pasienten skulle oppleve psykisk velvære. Et annet tiltak som ble presentert var personsentrert omsorg som anerkjenner pasientperspektivet som sentralt og tar utgangspunkt i pasientens egen opplevelse av sin livsverden.

Holst og Skär (2017) understreker også viktigheten av personsentrert omsorg. De mener at det er den beste strategien for å forebygge og dempe aggresjon. Dette innebar å anerkjenne deres individualitet og tilpasse omsorg og aktiviteter til hver enkeltes behov.

I Gjerberg *et.al.* (2013) er det presentert ulike strategier for å forebygge og unngå bruk av tvang. Utrykket «å lokke» ble hyppig brukt for å få pasienten til å gjøre det personalet ønsket. Det kunne f.eks. være å fokusere på noe positivt for å distrahere pasienten. Språk ble også brukt bevist på en måte som unngår spørsmål og reduserer pasientens valgalternativ. En annen strategi var å utsette det de hadde tenkt å gjøre med eller for pasienten, f.eks. hvis pasienten viser motstand ventet de en time eller to og deretter prøvde de å gjennomføre handlingen en tur til. Skiftning av personell og skjerming var også et tiltak. Viktigheten med

å være kjent med pasientens historie ble understreket i alle intervjuene. Å forstå pasientens situasjon kan lette etableringen av en god relasjon og dermed føre til mindre angst i omsorgssituasjoner. Ressurser og tilstrekkelig bemanning blir også understreket i denne artikkelen.

Sykepleierne beskriver også hvordan oppmerksomhet på beboerens kroppssignaler og egenskaper avslører hvor godt han/hun aksepterer sykepleien og lar sykepleierne tilpasse seg den enkeltes preferanser (Lejman *et.al.* 2013)

4.2.3 Adferd og aggresjon

Ifølge Garden og Hauge (2012) viser forskning at bruk av tvang har en klar sammenheng med pasientens funksjonsnivå og adferd. Videre blir det også fortalt at fysisk utagering noen ganger var årsak til at tvang ble benyttet. I andre tilfeller var vold imidlertid resultatet av tvangsbruken. Sykepleiere har erfart at, selv ved kognitiv svikt, har du likevel behov for en viss kontroll i dagliglivet. Garden og Hauge (2012) forteller videre at dersom sykepleiere forstår pasientens aggresjon som en respons på å bli fratatt muligheten av kontroll og selvbestemmelse, er det naturlig å strebe mot å unngå tvangsbruk. En av hovedstrategiene som kommer frem for å motvirke aggresjon hos personer med demens, kan være å ta utgangspunkt i å anerkjenne pasientens adferd som meningsfull, og som en respons på samspillet med sykepleieren.

Gjerberg *et.al.* (2013) understreker viktigheten av å forstå om det kan være noe i pasientens historie som kan forklare deres motstand understreket.

Sykepleierne i artikkelen til Lejman *et.al.* (2013) beskriver at når beboeren nektet å ta medisin, ble det prøvd forskjellige metoder for å lure dem til å svelge tablettene. De beskrev også at de aldri ville ha brukt vold og makt, men ved å lure beboerne i stedet, kunne trygg sykepleiepraksis opprettholdes.

Holst og Skär (2017) forklarer i sin artikkel at noen somatiske sykdommer kan forårsake forvirring og agitasjon, en annen utløsende faktor kan være pasientens oppfatning av

behandlingen sykepleieren gir. De forteller også at vold skjedde ofte når beboerne hverken kjente igjen eller forsto hva som skjedde i dagliglivets aktiviteter, som for eksempel å bli matet eller kledd på, de ble dermed reddet og uttrykte sin frustrasjon gjennom vold. Det å vente på hjelp, kreve hjelp til intim omsorg og invasjon av personlig rom ofte er en hyppig utløser av aggresjon. De uttalte også at eldre mennesker noen ganger blir stresset og frustrert i små og overfylte rom. Mangel på tid og ressurser kan også føre til at enkelte pasienter blir urolige. Ulike tilnærminger kan også forebygge aggressiv adferd som f.eks. øyekontakt, bruke avslappet kroppsspråk og kommunisere med lav og rolig stemme.

4.2.4 Sykepleiernes kompetanse

I artikkelen til Garden og Hauge (2012) forteller mange av sykepleierne at de opplevde at avdelingens rammer fikk betydning for tvangsbruk i hverdagen. Dette i form av arbeidspress og kompetansemangel. Mange sykepleiere fortalte også om situasjoner der tilgjengelig kunnskap blant personalet hadde betydning for bruken av tvang. De kunne også imidlertid føle seg alene fordi det kunne være for få ansatte med tilstrekkelig kunnskap om tiltak som kunne forebygges og erstatte tvangsbruk. Store pasientgrupper kan medføre mindre kjennskap til og kunnskap om hver enkelt pasient, dette kan gi sykepleiere mindre spillerom for å forstå pasientens form for kommunikasjon og finne alternative løsninger. Selv om personalets arbeidssituasjon ikke regnes som grunnlag for å gi tvungen helsehjelp, så vil personalets opplevelse av arbeidspress og mestring indirekte kunne påvirke iverksettelsen av tvangstiltak.

For å forebygge tvang er det viktig å kjenne pasienten, ha tilstrekkelige ressurser og pleiepersonell med relevante kvalifikasjoner. Med tilstrekkelige ressurser innebærer både de ansattes kvalifikasjoner og deres erfaringer. En ansatt understreker at man ikke bare trenger flere hender, men at disse også må være dyktige. Flere rapporterte at personalets bevissthet rundt bruk av tvang varierte med deres utdanningsnivå. Ved å veilede mindre kompetent personalet til å velge alternative tiltak, kan man unngå unødvendig bruk av tvang (Gjerberg *et.al.* 2013).

Viktigheten av tilstrekkelig kunnskap hos personalet blir understreket i artikkelen til Lejman *et.al* (2013) og Holst og Skår (2017). Gjellestad, Oksholm og Bruvik (2020) forklarer at vedtak om tvangsbehandling og omsorg kan være dårlig dokumentert.

5.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven drøftes resultatene i valgte studier opp mot annen faglitteratur for å besvare vår problemstilling. Vi har valgt å drøfte ut ifra hovedtemaene i resultatkapitlet. Fokuset vårt vil være på hvordan vi som sykepleiere kan forhindre og redusere bruk av tvang mot personer med demens. Problemstillingen vi har valgt å jobbe ut ifra er «*Hvordan kan vi som sykepleiere forebygge og redusere bruk av tvang mot pasienter med demens i sykehjem?*»

5.1 Sykepleierens rolle og deres opplevelse i forbindelse med bruk av tvang og aggressiv adferd

Garden og Hauge (2012) sier i sin artikkel at sykepleiere kjempet på den ene siden å gjøre det beste for den enkelte pasient, men på den andre siden opplevde de tvangssituasjonen som en kamp mot den enkelte pasient. Årsaken til at tvangsbruk ble sett på som en kamp mot pasienten var at sykepleierne strevde med egne følelser samtidig som de skulle innfri et faglig ideal om å gjøre det beste for pasientene, med de ressursene som var tilgjengelige. Samtidig kommer det frem at den fysiske maktposisjonen personalet hadde ble en motsats til pasientens sårbarhet.

Ifølge Norsk sykepleieforbund (u.å) bygger faglig forsvarlighet på hva som bør kunne forventes ut ifra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen forøvrig. Kravet om faglig forsvarlighet setter en standard for all yrkesutøvelse i helsetjenesten.

På den ene siden sier Smebye og Johnsen (2020, s.245) at juridiske regler ikke fjerner de faglige og etiske dilemmaene man står ovenfor i forbindelse med bruk av tvang overfor personer med demens. På den andre siden kan man generelt si at bruk av tvang ikke bare

må være juridisk forankret i lovens regler, det må også forsvares faglig og etisk (Smebye og Johnsen, 2020, s.245).

Ifølge Statens helsetilsyn (2013) kan enkelte personer nekte å ta imot helsehjelp uten å forstå konsekvensene. Dette kan da medføre fare for liv eller alvorlig forverring av helsetilstanden.

I Holst og Skär (2017) forteller sykepleiere at de kan føle at de har gjort noe feil, og stiller spørsmål ved egen kompetanse og profesjonalitet når de blir utsatt for aggressiv adferd.

I boken *Personer med demens- møte og samhandling*, står det at det er gode grunner til å oppmuntre personer med demenssykdom til å involvere seg i beslutninger som angår dem og deres helse (Smebye og Johnsen, 2020). På den ene siden kan dette bidra til å styrke identitet og bekrefte verdien til den enkelte samtidig som at autonomi blir ivaretatt (Smebye og Johnsen, 2020). På den andre siden føler vi at det er et problem i helse – og omsorgstjenesten at personer med demens har redusert evne til autonomi og av den grunn ikke alltid forstår sitt eget beste.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) kapittel 4-3 sier at samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.

Gjerberg *et.al* (2013) har utført intervjuer som avdekket at tvang ble sett på som en siste utvei, og at de prøvde ut ulike tilnærminger for å forhindre bruk av tvang. I Norge har bruk av tvang i somatisk helsevern i utgangspunktet vært ulovlig. Fra januar 2009 ble pasient – og brukerrettighetsloven supplert med et nytt kapittel, kapittel 4A, som regulerer mulighetene for å yte helsehjelp mot pasientens vilje. På den ene siden har reformen økt bevisstheten for bruk av tvang, på den andre siden gir ikke dataene grunnlag for å hevde at reformen har påvirket mangfoldet av strategiene som kan brukes for å redusere tvangsbruk (Gjerberg *et.al*, 2013).

Som sykepleiere er det vanskelig å stå i situasjoner der vi blir utsatt for aggressiv adferd, men samtidig er det viktig å huske at det er en person bak sykdommen. Hensikten til pasienten er ikke nødvendigvis å skade eller utøve vold, men det kan være en reaksjon av frykt eller angst for en aktuell situasjon.

5.2 Forebyggende tiltak for å hindre bruk av tvang

Ifølge Garden og Hauge (2012) var sykepleierne opptatt av pasientens følelsesmessige opplevelse når de skulle gjennomføre omsorgstiltak, da dette bidro psykisk velvære hos pasienten. I Lejman *et.al* (2013) legger de også vekt på det å tilpasse seg den enkeltes preferanser.

Dette går under personsentrert omsorg som kan være et tiltak for å hindre bruken av tvang.

«De aller fleste mennesker vil oppleve det som en stor krenkelse av sin personlige integritet å bli utsatt for bruk av tvang» (Smebye og Johnsen, 2020, s. 255). Det er ingen grunn til å tro at personer med redusert samtykkekompetanse vil oppleve tvang som mindre krenkende. I verste fall kan det være at, slik at de på grunn av at de ikke forstår hva som skjer opplever de krenkelsen enda sterkere enn andre (Smebye og Johnsen, 2020).

Holst og Skär (2017) understreker også viktigheten av personsentrert omsorg. De mener dette er den viktigste strategien for å forebygge og dempe aggresjon. Gjerberg *et.al.* (2013) forklarer også at det å forstå pasientens situasjon kan lette etableringen av en god relasjon og fører til mindre angst i omsorgssituasjoner.

Det var Kitwood som først brukte begrepet «personsentrert omsorg» i tilknytning til personer med demens. Hensikten er å bevare «personverd», og Kitwood har definert det som den verdien eller statusen som gis til et menneske av andre sosiale relasjoner. Det innebærer anerkjennelse, respekt og tillit. Å kunne tilfredsstillende grunnleggende behov for tørst, tilknytning, inklusjon, beskjeftigelse og identitet er framhevet i personsentrert omsorg og er sentrale trekk ved det å være en person (Rummelhoff, Smebye og Tombre, 2016, avsnitt 2).

VIPS-modellen som nevnt tidligere i oppgaven er en «metode for å implementere personsentrert omsorg i kommunehelsetjenesten» (aldring og helse, u.åb, avsnitt 1).

I Gjerberg *et.al.* (2013) kommer sykepleiere med konkrete tiltak for å forebygge bruken av tvang. Noen av tiltakene var blant annet å fokusere på noe positivt for å distrahere pasienten, bruke språk på en bevisst måte ved å unngå for mye spørsmål og redusere antall valgalternativer. Andre tiltak var å utsette gjøremål om de møtte motstand for å deretter prøve igjen, skjerming og skifte av personell.

Flere av disse tiltakene som er nevnt kan ses på som personsentrert omsorg og henger sammen med tillitsskapende tiltak.

I lov om pasient – og brukerrettigheter § 4A-3 (Pasient- og brukerrettighetsloven ,1999) står det skrevet av tillitsskapende tiltak må ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette, før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg.

Ifølge Rønningen (u.å) er tillitsskapende tiltak, tiltak for å oppnå tillit hos pasienten. Under dette kommer det å kartlegge årsaker til motstand mot helsehjelpen, bruke tid på utførelse av helsehjelpen, det å ha rolige omgivelser, gi informasjon og tilpasse kommunikasjonen.

Kartleggingsskjema som beskriver hvilken typer uro pasienten har, hyppighet og situasjon, i tillegg til opplysninger fra pårørende kan være et godt verktøy for å bedømme om det er en type frykt eller et mønster pasienten har (Rønningen, u.å).

Dette skjemaet kan derfor hjelpe oss å se hva som forårsaker uroen og dermed hjelpe oss i å eventuelt forebygge den. Vi har laget et eksempel på hvordan et slikt kartleggingsskjema kan se ut:

Type uro	Hyppighet	Opplysninger fra pårørende
Vandring	Under matsituasjon	Føler seg utilpass blant ukjente personer og store grupper

Et tiltak kan da være at pasienten får spise sammen med personer han/hun kjenner, og i små grupper eventuelt for seg selv.

Andre eksempler på tillitsskapende tiltak kan ifølge Rønningen (u.å) være strukturelle tiltak som tilrettelagt miljø, detaljerte tiltaksplaner og organisering av vekten. Deretter kommer rasjonelle tiltak, herunder trygghet, kommunikasjon og samarbeid. Den siste kategorien er personorienterte tiltak. Her kommer individuell tilnærming, tilpasset kommunikasjon og det å gi pasienten tid.

På den ene siden kan det å organisere vekten hjelpe med å opprettholde ro da personalet har sine tildelte oppgaver og pasienten har en fast person og forholde seg til. På den andre siden kan det oppstå uforutsette situasjoner som kan gjøre det utfordrende å følge tiltakene.

5.3 Adferd og aggresjon

Dersom vi ser på artikkelen til Garden og Hauge (2012) viser forskning at bruk av tvang har en klar sammenheng med pasientens funksjonsnivå og adferd. Selv om pasienten har en demensdiagnose er det likevel viktig for disse pasientene at de opplever en viss kontroll i dagliglivet. Det blir da naturlig å strebe imot hjelp, dersom du føler at du blir fratatt muligheten til selvbestemmelse og kontroll. På den ene siden kan det å bli fratatt muligheten til kontroll og selvbestemmelse utløse sinne, men på den andre siden kan det også utløse frykt og uro.

Sykepleiefaget baserer seg på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter (Sneltvedt, 2016). Kunnskaper om demenslidelse og hvordan sykdommen utarter seg, mener vi er viktig for å kunne forstå hvorfor pasientene opptrer slik som de gjør.

Videre kommer det frem at for å motvirke aggresjon hos pasienter med demens, kan det å ta utgangspunkt i å anerkjenne pasientens adferd som meningsfull og som en respons på samspillet være en viktig nøkkelfaktor (Garden og Hauge, 2012).

Dersom vi som sykepleiere forstår hvorfor pasienten reagerer med f.eks. sinne i stell, kan dette hjelpe oss i situasjonen. Vi mener at dersom man snakker med en rolig stemme, forklarer hva som skal skje og følger pasientens tempo kan mye av aggresjonen motvirkes. Samtidig er det viktig å tenke over at dette ikke nødvendigvis fungerer for alle pasienter. Kommunikasjonen må derfor tilpasses hver enkelt pasient, samtidig som vi må se hvordan pasienten opplever kommunikasjonen eller situasjonen. Kroppsspråk kan derfor være et viktig verktøy for å få en oppfatning av hvordan pasienten opplever situasjonen, da ikke alle kommuniserer dette verbalt.

Gjerberg *et.al.* (2013) sier at det være hjelpsomt å undersøke om det er noe i pasientens forhistorie som kan forklare deres motstand i enkelte situasjoner. Er det ord eller handlinger som kan utløse aggresjon? Som sykepleiere er det viktig etter vår mening å inneha kunnskaper om hver enkelt pasient, slik at vi kan hjelpe pasienten uten å påføre unødvendig frykt eller uro. På den ene siden kan humøret til pasienten endre seg raskt slik at å utsette handlingen kan hjelpe, samtidig kan det på den andre siden være frykt for selve handlingen. Vi kan også se at det å skifte personal kan være ideelt, da man for det første kan unngå uheldige situasjoner, og for det andre kan dette virke beroligende på pasienten (Gjerberg *et.al.* 2013).

Sykepleiere beskriver at dersom pasienten nektet å ta medisin, kunne det bli prøvd ulike metoder for å lure dem til å svelge tablettene. De så ikke på dette som tvang, men heller et tiltak for å kunne opprettholde trygg sykepleiepraksis (Lejman *et.al.*, 2013). For det første så ønsker sykepleieren å hjelpe pasienten, for det andre så kan det å lure pasienten bli opplevd som et tillitsbrudd mellom personell og pasient. Og for det tredje kan tillitsbrudd føre til aggresjon fordi pasienten ikke føler kontroll, samt at frykt og uro kan oppstå da kontroll og selvbestemmelse blir fratatt. Vi mener at det å lure pasienter til å ta medisiner, ikke er riktig da dette blir sett på som skjult tvang. Etter vår mening finnes det andre tiltak man kan prøve slik at pasientene får medisinen sin, f.eks. å gi medisinen før mat og ikke midt i måltidet.

En annen utløsende faktor til forvirring og agitasjon kan i følge, Holst og Skär (2017) være pasientens oppfatning av behandlingen de mottar. Dersom pasienten ikke kjente igjen personalet eller forsto hva som skjedde i ulike aktiviteter som f.eks. mating eller påkledning

oppsto ofte aggressiv adferd. Pasientene kunne bli redde og dermed utrykte de sin frustrasjon via adferd. Samtidig så kan vi på en annen side se, at det å vente på hjelp, hjelp til intim omsorg og invasjon av personlig rom ofte kan være en utløser for aggresjon.

Som sykepleier mener vi at man må bruke sine ferdigheter for å opprette tillitt og god kontakt med pasienten. Spesielt da, med tanke på kommunikasjon (Wogn-Henriksen,2008). Som nevnt tidligere kan kommunikasjon ha stor innvirkning på pasientens opplevelse av ulike situasjoner.

5.4 Sykepleierens kompetanse

Mange av sykepleierne opplevde at avdelings rammer fikk betydning for tvangsbruk i hverdagen, dette da i form av arbeidspress og kompetansemangel. De fortalte også om situasjoner der tilgjengelig kunnskap blant personalet hadde betydning for bruk av tvang. Videre så kunne mange sykepleiere føle seg alene fordi det var for få ansatte med tilstrekkelig kunnskap om tvang og forebygging (Garden og Hauge, 2012). viktigheten med nok kunnskap hos personalet, blir også understreket i artikkelen skrevet av Lejman *et.al.* (2013).

Dette belyser viktigheten med å inneha kunnskap om de ulike formene for tvang, som formell tvang og uformell tvang. Dette fordi det kan være en del usikkerhet hos helsepersonell om hva begrepet tvang faktisk innebærer som nevnt tidligere i oppgaven.

«Vi trenger ikke bare flere hender, men hendene må også være dyktige...da kan vi bli kompetente nok til å unngå det meste av tvangen» (Ansatt, som sitert i Gjerberg *et.al.*, 2013).

Av en ren vane eller mangel på kunnskap kan helsepersonell la være å ta hensyn til hvordan personen med demens opplever det som skjer, samt overse de grunnleggende psykologiske behovene hos personen (Aldring og helse, u.åa).

På den ene siden kan store pasientgrupper føre til mindre kjennskap og kunnskap om hver enkelt pasient. Dette kan gjøre det vanskeligere for sykepleiere å forstå hvordan pasienten kommuniserer (Garden og Hauge, 2012).

På den andre siden er det viktig å kjenne pasienten, ha tilstrekkelige ressurser og dyktig personell for å forebygge bruken av tvang (Gjerberg *et.al.*, 2013).

Ifølge Garden og Hauge (2012) vil ikke personalets arbeidssituasjon regnes som grunnlag for å gi tvungen helsehjelp i seg selv, men samtidig så kan personalets opplevelse av arbeidspress og mestring påvirke iverksettelsen av tvangstiltak indirekte.

Sykepleiere og annet helsepersonell stod for 22% av alle vedtak om tvangsbehandling og omsorg, her var det ingen klare assosiasjoner mellom tverrfaglig samarbeid og familieengasjement i beslutningen om tvangsvedtak (Gjellestad, Oksholm og Bruvik, 2020).

Gjellestad, Oksholm og Bruvik (2020) forklarer at vedtak om tvangsbehandling og omsorg kan være dårlig dokumentert. Rønningen (u.å.) forklarer også at opplysningene om hvilke tillitsskapende tiltak som er gjennomført og hvordan disse fungerer skal dokumenteres i pasientens journal. På den ene siden kan sykepleiere ha ulike oppfatninger om hva som skal bli dokumentert og ikke, samtidig så kan dette gå utover kvaliteten på dokumentasjonen da alle har ulike måter å dokumentere på.

Hauge (2014, s. 277-278) sier at vi som har sykepleiere et spesielt ansvar for kvaliteten på det samlede tjenestetilbudet, uavhengig om det er mange eller få sykepleiere i en avdeling eller institusjon. Dette medfører ansvar på flere nivåer. Foruten ansvar i det direkte møtet med pasient og pårørende, og dokumentasjon av sykepleien, har vi som sykepleiere ansvar for å lede pleieteamet, fagutvikling og kvalitetsarbeid.

Ved å veilede mindre kompetent personale til å velge alternative tiltak, kan man unngå unødvendig bruk av tvang (Gjerberg *et.al.*, 2013). Vi har en oppfatning at vi som sykepleiere har et ansvar til å kunne dele vår kunnskap med andre kollegaer og veilede disse. Videre må vi sette oss inn i relevante lovverk, samtidig som vi må undersøke og sette oss inn i pasients

livshistorie og ut ifra dette kunne sette opp tiltak for å hindre tvangsbruk. Det er også viktig å sette seg inn i og mestre det gjeldene dokumentasjonssystemet på sin arbeidsplass. På den ene siden kan det å ha etiske refleksjoner jevnlig på avdelingen etter vår mening være med å minske bruken av tvang. Samt faglig påfyll, god kommunikasjon mellom de ansatte og veiledninger. Men på den andre siden så ser vi at avdelingens holdninger til tvangsbruk og pasienter med demens ha mye å si.

Det å bli møtt med positive holdninger fremmer identitet og selvfølelse på samme måte som negative holdninger bryter selvfølelsen og identiteten ned (Smebye, 2020.)

5.5 Innovasjon i forskning og tjenesteutvikling

Som nevnt tidligere så kan grensene mellom frivillighet og tvang i helse – og omsorgstjenesten være hårfine. Tvang kan gjøre at du som person føler at du mister kontroll og bestemmelse over eget liv. I litteraturstudien kommer det frem at mange har kunnskaper om tvang og hva det innebærer, men at tvang ofte blir brukt som en siste utvei for å løse vanskelige situasjoner på. Som sykepleiere står vi en situasjon der vi jobber tett på demensrammede personer og dermed har vi muligheten til å observere pasienten og dermed forstå deres atferd og samspill.

Vi mener det er et økt behov for kunnskaper og at dette må gis gjennom undervisning, veiledning og praksis.

Artiklene presenterte ulike tilnærminger og tiltak for å forebygge tvangsbruk. Samtidig blir mange demensrammede utsatt for tvang da tiltakene enten ikke fungerer, eller at de ansatte har for lite kunnskap om hva tvang innebærer. Dette kan være for lite kunnskap om både lover, dokumentasjon, tillitsskapende tiltak og sykdommen demens generelt.

Gjennom denne studien oppdaget vi også viktigheten med å ha nok ansatte og kompetent personal, da tvang ble hyppigere brukt når det var for lite ressurser og ufaglærte på jobb.

Velferdsteknologiske hjelpemidler som for eksempel Komp kan være et fint hjelpemiddel for personer med demens, da de kan føle trygghet og nærhet til pårørende ved å se dem gjennom en skjerm, samt snakke med dem og se bilder. Dette kan også gjøres med for eksempel iPader i avdelingen, der personalet kan vise frem positive minner til pasienten i form av bilder.

Vi håper at vi med vår oppgave kan bidra til å sette fokus på hvorfor tvang oppstår og hvordan vi som sykepleiere kan bidra til å redusere bruken.

6.0 Konklusjon

I denne studien ønsket vi å se på hvordan vi som sykepleiere kan forebygge bruken av tvang hos personer med demens i sykehjem. Gjennom forskning og litteratur opplever vi at unødvendig tvangsbruk ofte bunner i kunnskapsmangel, lite ressurser og tidspress på jobb.

Gjennom oppgaven fant vi ikke noe enkelt svar på hvordan vi som sykepleiere kan forhindre og forebygge bruk av tvang. Vi fant derimot flere gode tiltak og tilnærminger som kan være med på å redusere bruken.

Vi har gjennom vår studie sett at aggressiv adferd ofte kan være en årsak i bruk av tvang. Vi har derfor sett på løsninger og diskutert hvorfor aggressiv adferd ofte kan oppstå. Vi mener at som sykepleiere på bakgrunn av dette må kjenne pasienten og ha kunnskaper nok til å forstå hvorfor en oppfører seg som en gjør. Ved å forstå at demens er en sykdom og ikke en definisjon på hvem du er som person, mener vi at vi som sykepleiere er på god vei til å forstå hvorfor personer med demens opptrer som de gjør.

Vi mener at kommunikasjon kan spille en viktig rolle i sykepleier-pasient relasjonen. Samtidig kan ikke kommunikasjon løse alle problemer, men den kan være en viktig faktor. Dette

innebærer både rolig stemme, forklaring av situasjonen og hva som skal skje, samt det å følge pasientens tempo.

Det er ikke bare aggressiv adferd som gjør at tvang blir brukt, det er også tidspress, holdninger og lite ressurser. Ut ifra forskning har vi sett viktigheten av samarbeid mellom personalet, samt veiledninger og etiske refleksjoner. Det å sette av tid til etiske refleksjoner, og veilede mindre kompetent personal mener vi kan ha en positiv innvirkning på å redusere bruken av tvang.

Vi kommer også frem til at det er viktig å holde oss oppdaterte på kunnskap herunder lover og regler, samt det faglige aspektet. Dokumentasjon blir også fremhevet som viktig. Det å dokumentere pasientens adferd og mønster kan hjelpe oss med å få kartlagt hva som kan trigge adferden. Dette fører igjen til at vi kan redusere tvangsbruk ved at vi får kartlagt problemet før det går så langt at tvang eventuelt blir nødvendig.

Vi kommer aldri til å kunne bli kvitt bruken av tvang fullstendig, da den i mange tilfeller er nødvendig for pasientens beste. Vi har derimot kommet fram til at det å bruke tillitsskapende tiltak, personsentrert omsorg og kunnskap om både sykdommen i seg selv og lovverk kan være med på å redusere unødvendig bruk av tvang.

7.0 Litteraturliste

Aldring og helse (u.åa) *Personsentrert omsorg*. Tilgjengelig fra:

<https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/personsentrert-omsorg/>

(Hentet: 5.mai 2022)

Aldring og helse (u.åb) *VIPS praksismodell (VPM)*. Tilgjengelig fra:

<https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/personsentrert-omsorg/vips-praksismodell/> (Hentet: 8.mai 2022)

Bjørk, I.T. og Solhaug, M. (2017) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. 1.utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Brinchmann, B.S. (2016) De fire prinsippers etikk, i Brinchmann, B.S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 4. utg. Terracina: Gyldendal Akademisk, s. 85

Eide, H. Og Eide, T. (2009) *kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag

Eide, H. og Eide, T. (2019) *Kommunikasjon i relasjoner, personorientering, samhandling, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk

Engedal, K. Og Haugen, P.K. (2018) *Demens: sykdommer, diagnostikk og behandling*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse

Garden, M.H. og Hauge, S. (2012) The battle for beneficence - nurses 'experience of the use of coercion in dementia care, *Nordic Journal of Nursing Research*, 32(04), s. 18-22, doi: <https://doi.org/10.1177/010740831203200405>

Gjellestad, Å.; Oksholm, T og Bruvik, F. (2020) Forced treatment and care in home-dwelling persons with dementia, *Nursing ethics*, 28(3), s. 372- 383, doi:

<https://doi.org/10.1177/0969733020948107>

Gjerberg, E. *et.al.* (2013) How to avoid and prevent coercion in nursing homes: a qualitative study, *Nursing ethics*, 20(6), s. 632-644, doi: <https://doi.org/10.1177/0969733012473012>

Gjøra *et.al.* (2020) *Forekomst av demens i Norge*. Tilgjengelig fra:

https://butikk.aldringoghelse.no/file/sync-files/rapport-forekomst-av-demens-a4_2020_web.pdf (Hentet 28. april 2022)

Hauge, S. (2014) Sykepleie i sykehjem, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. Og Ranhoff, A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie*. 2 utg. Oslo/Arendal: Gyldendal akademisk. S. 277-278.

Helsedirektoratet (2018) § 4-3 *Hvem som har samtykkekompetanse*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/samtykke-til-helsehjelp/hvem-som-har-samtykkekompetanse#referere>

(Hentet 03. april 2022)

Helsedirektoratet (2022) *Nasjonal faglig retningslinje om demens*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens> (Hentet 10. mai 2022).

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*.

Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (Hentet: 26. april 2022)

Hem, M.H. *et.al.* (2011) Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang,

sykepleien.no, 5(4), s. 295. doi: [10.4220/sykepleienf.2011.0007](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0007)

Holst, A og Skår, L. (2017) Formal caregivers' experiences of aggressive behavior in older people living with dementia in nursing homes: A systematic review, *international journal of older people nursing*, 12(4), s. 1-12, doi: <https://doi.org/10.1111/opn.12158>

Lejman, E. *et.al.* (2013) The ethics of coercive treatment of people with dementia, *Nursing ethics*, 20(3), s. 248-262, doi: <https://doi.org/10.1177/0969733012463721>

Nasjonalforeningen for folkehelse (2022) *Kommunikasjon og samvær*. Tilgjengelig fra: <https://nasjonalforeningen.no/demens/parorende-og-demens/kommunisere/>
(Hentet: 27. april 2022)

Norsk sykepleieforbund (2019) *Yrkesetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet: 26. april 2022)

Norsk sykepleieforbund (u.å.) *Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/faglig-forsvarlighet-og-omsorgsfull-hjelp?fbclid=IwAR2->
(Hentet: 05. mai 2022)

Pasient og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet: 04. April 2022)

Pedersen *et.al.* (2013) Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning, *Tidsskrift Norsk Legeforening*, 133(18) s. 1935-1939 doi: [10.4045/tidsskr.13.0237](https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.0237)

Rokstad, A.M.M. (2020) *Hva er demens?*, i Rokstad, A.M.M. og Smebye, K.L. (red) *Personer med demens – møte og samhandling*. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 24-35

Rummelhoff, G.R., Smebye, K.L. og Tombre, B (2016) Gir individuell omsorg, *Sykepleien*, 104(8), s.42. doi: [10.4220/Sykepleiens.2016.58391](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.58391)

Rønningen, K.A. (u.å.) Tillitsskapende tiltak. *Hva skal til for at vi kan si at tillitsskapende tiltak har vært forsøkt først?*. Tilgjengelig fra: <https://www.statsforvalteren.no/contentassets/2b9c227315804feeba9a45a486b7212d/tillitsskapende-tiltak-4a-kurs.pdf> (Hentet: 08 mai 2022)

Smebye, K. L. (2018) *Desicion Making in Dementia Care: A qualitative study*. Universitetet I Oslo, Fakultetet for medisin, Institutt for helse og samfunn.

Smebye, K.L. (2020) Å møte personer med demens, i Rokstad, A.M.M. og Smebye, K.L. (red.) *personer med demens- møte og samhandling*. 2 utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 13.

Smebye, K.L. og Johnsen, L. (2020) Selvbestemmelse i tvang, i Rokstad, A.M.M. og Smebye, K.L. (red.) *personer med demens- møte og samhandling*. 2 utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 235-246

Sneltvedt, T. (2016) yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, i Brinchmann, B.S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 4. utg. Terracina: Gyldendal Akademisk, s. 98-100

Statens helsetilsyn (2013) *Tvil om tvang. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 og 2012 med tvungen helsehjelp til pasienter i sykehjem*. (helsetilsynet rapport 05/2013) Oslo:

Statens helsetilsyn. Tilgjengelig fra:

[https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2013/helse_tilsynetrapport5_2013.pdf?fbclid=IwAR0VcMN-s-R9g6aArnz_Ta6Q1fRXO64-](https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2013/helse_tilsynetrapport5_2013.pdf?fbclid=IwAR0VcMN-s-R9g6aArnz_Ta6Q1fRXO64-S6z1TgC3CjJ18yKCIhshxdpNFYU)

[S6z1TgC3CjJ18yKCIhshxdpNFYU](https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2013/helse_tilsynetrapport5_2013.pdf?fbclid=IwAR0VcMN-s-R9g6aArnz_Ta6Q1fRXO64-S6z1TgC3CjJ18yKCIhshxdpNFYU) (Hentet: 04 mai 2022)

Thidemann, I.J. (2019) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. 2. utg. Oslo: universitetsforlaget

Wogn- Henriksen, K. (2008) Kommunikasjon, i Rokstad, A.M.M. og Smebye, K.L. (red.) *personer med demens – møte og samhandling*. 1.utg. Oslo: Akribe AS, s. 93-106

Wogn- Henriksen, K. (2020) Kommunikasjon, i Rokstad, A.M.M. og Smebye, K.L. (red.) *personer med demens – møte og samhandling*. 2.utg. Molde og Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 86-111.

Øye, C. (2016) *Tvang i omsorgstjenesten*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/249753.cms> (Hentet 27. april 2022).

