

Anonym

# Hvilke faktorer påvirker sykepleieres utøvelse av tvungen helsehjelp i somatisk sykehus?

Litteraturbachelor  
Antall ord: 7565

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Juni 2021



Anonym

# **Hvilke faktorer påvirker sykepleieres utøvelse av tvungen helsehjelp i somatisk sykehus?**

Litteraturbachelor

Antall ord: 7565

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden



# Sammendrag

**Bakgrunn:** Tvungen somatisk helsehjelp rapporteres mer enn noen gang i norske sykehus. Parallelt vokser den eldre befolkningen og antall pasienter med kognitive funksjonsnedsettelse i form av demens øker. Eldre med demens er blant de hyppigst utsatte for tvungen helsehjelp i Norge. Kombinasjonen av omfattende tvangsbruk og omfanget av eldre, gjør det rimelig å anta at stadig flere sykepleiere opplever bruk av tvang i sin daglige fagutøvelse.

**Formål:** Å belyse hvilke sykepleierrelaterte faktorer som påvirker utøvelsen av tvungen helsehjelp i somatiske sykehus. Pasientgruppen i fokus er eldre med kognitive funksjonsnedsettelse. Målet er å belyse hvilke faktorer som har behov for økt hensyn i form av videreutvikling og tilrettelegging.

**Metode:** Systematisk litteraturstudie basert på to kvalitative og seks kvantitative studier, samt én oversiktsartikkel.

**Resultat:** Sykepleieres holdninger og kunnskap er avgjørende for utøvelsen av tvang overfor eldre med kognitive funksjonsnedsettelse i somatisk sykehus. Det samme gjelder fellesskapet og kulturen blant sykepleiere. Betydningen av systemiske faktorer er tvetydig, men majoriteten av studier viser at sykepleieres forhold til kompetanse, retningslinjer og lovverk, bemanning og tilhørighet er av betydning for utbredelsen av tvang og bruken av alternative tilnærminger i potensielle tvangssituasjoner.

**Konklusjon:** Tvungen helsehjelp er komplekst, der samspillet av sykepleierrelaterte faktorer er avgjørende for utøvelsen i somatiske sykehus. Disse faktorer baserer seg på sykepleieres forhold til egne holdninger og fellesskapets kultur på personnivå, og kompetanse, bemanning, tilhørighet, retningslinjer og lovverk på systemnivå. Overordnet for alle faktorer er sykehuset som organisasjon. For at man skal kunne utvikle og forbedre bruken av tvungen helsehjelp kreves det tilretteleggelse på organisasjonsnivå, slik at sykepleiere kan utvikle og tilpasse omsorgen etter dette.

## Nøkkelord:

*Tvungen helsehjelp, tvang, eldre, demens, somatisk sykehus, sykepleierperspektiv*



# Innholdsfortegnelse

<b>1. Introduksjon</b> .....	<b>7</b>
1.1 Introduksjon til tema .....	7
1.2 Bakgrunnskunnskap .....	7
1.3 Teori .....	8
1.3.1 Tvungen somatisk helsehjelp .....	8
1.3.2 Lovgivninger og retningslinjer for tvang .....	8
1.3.3 Sykepleierens møte med pasienten .....	9
1.3.4 Kognitive funksjonsnedsettelse og samtykkekompetanse .....	10
1.4 Formål og problemstilling .....	11
<b>2. Metode</b> .....	<b>13</b>
2.1 Beskrivelse av metode .....	13
2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	13
Tabell 2.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	13
2.3 Søkestrategi og søkehistorikk .....	13
Tabell 2.3.1 Søketablell .....	14
2.4 Vurdering og utvelgelse av artikler .....	16
Tabell 2.4.1 Inkluderte forskningsstudier .....	16
2.5 Analyse .....	17
<b>3. Resultater</b> .....	<b>19</b>
3.1 Artikkelmatriks .....	20
Tabell 3.1.1 - Artikkelmatriks .....	20
3.2 Presentasjon av resultater .....	25
3.2.1 Sykepleieres holdninger og kunnskap til tvang .....	25
3.2.2 Forbindelse til kultur og sykepleie .....	25
3.2.3 Tjenestesystemets innflytelse for tvang .....	26
3.2.3.1 Undervisning og utdanning .....	26
3.2.3.2 Retningslinjer, reglement og lovverk .....	26
3.2.3.3 Sykepleierbemanning .....	27
3.2.3.4 Variasjoner mellom avdelinger .....	27
<b>4. Diskusjon</b> .....	<b>29</b>
4.1 Resultatdiskusjon .....	29
4.1.1 Tvang fra et personnivå: Holdninger og kultur .....	29
4.1.2 Tvang fra et systemnivå .....	31
4.1.2.1 Sykepleieres kompetanse .....	31
4.1.2.2 Retningslinjer som veileder .....	31
4.1.2.3 Sykepleierbemanning .....	32
4.1.2.4 Sykepleieres tilhørighet .....	33
4.2 Metodediskusjon .....	33
4.2.1 Styrker .....	33
4.2.2 Svakheter .....	34
4.3 Konklusjon .....	35
<b>Referanser</b> .....	<b>36</b>
<b>Vedlegg</b> .....	<b>39</b>





# 1. Introduksjon

## 1.1 Introduksjon til tema

Å yte helsehjelp og omsorg til personer som motsetter seg helsehjelpen, reiser faglige, etiske og juridiske problemstillinger (Almåås et al., 2016). Som pasientens «advokat» er dette problemstillinger sykepleiere må ta stilling til i sin daglige fagutøvelse (Kirkevold et al., 2020). I Norge er frekvensen for bruk av tvang overfor somatiske pasienter uten samtykkekompetanse økende, der personer med demenssykdom er blant de hyppigst utsatte. Bevegelseshindrende tiltak, innleggelse eller tilbakeholdelse i institusjon, pleie, varslingsystemer, inngrep på kroppen og bruk av reseptbelagte legemidler er blant de anvendte tvangstiltakene (Statens Helsetilsyn, 2020). Tvungen helsehjelp skjer i et komplekst samspill mellom sykepleieres yrkesutøvelse som person og yrkesrolle i tjenestesystemet (Skau, 2013). Denne litteraturstudien skal undersøke faktorene som påvirker utøvelsen av tvungen helsehjelp overfor eldre med kognitiv funksjonsnedsettelse. Det skal stilles spørsmål til faktorenes rolle i somatisk sykehus og videre knytte den opp mot Kari Martinsens (1990, 2003a, 2003b) omsorgsfilosofi.

## 1.2 Bakgrunnskunnskap

Tvungen helsehjelp overfor somatiske pasienter uten samtykkekompetanse reguleres i Norge etter pasient- og brukerrettighetslovens (1999) kapittel 4A. Tvang i helse- og omsorgstjenesten defineres som «tiltak som blir brukt for å overvinne eller omgå motstand fra pasienten.» Slike tvangstiltak kan oppstå ved motstand eller forventet motstand fra pasienter uten samtykkekompetanse dersom det foreligger vesentlig fare for pasienten eller andres helse (Helsedirektoratet, 2015, s. 98, 117). Lovgivningen for tvungen somatisk helsehjelp er i utgangspunktet diagnoseuavhengig, men sammen med psykisk utviklingshemmede utsettes eldre med demens hyppigst av tvungen helsehjelp (Statens Helsetilsyn, 2020). Eldre er en voksende populasjon i Norge og resten av verden (Gleditsch et al., 2020; UN Department of Economic and Social Affairs Population Dynamics, 2019). I 2020 var tilnærmet 42 % av voksne pasienter i norske somatiske sykehus eldre enn 60 år (Vedlegg 1; Statistisk sentralbyrå, 2021). I årene som kommer forventes det flere innlagte eldre i somatiske sykehus (Helsedirektoratet, 2020) og et parallelt stigende antall med kognitive funksjonsnedsettelser. Vi er ved eldrebølgens avspark (Kirkevold et al., 2014).

En gjentakende formulering i litteraturen er manglende forskning innenfor litteraturstudiens tematikk. Fag- og forskningslitteratur adresserer og undersøker i liten grad tvungen helsehjelp overfor eldre med kognitive funksjonsnedsettelser innlagt i somatiske sykehus. Majoriteten tar for seg tematikken i sykehjem eller psykisk helsevern. Dette gjelder også andre somatiske pasientgrupper uten samtykkekompetanse i sykehus.

## 1.3 Teori

I teoridelen skal studiens tematikk ses i lys av relevant og anerkjent teori. Det teoretiske perspektivet baserer seg på tvang innen; helsehjelp, lovverk, retningslinjer, pasientgruppen eldre med demens, og sykepleie, i somatisk sykehus.

### 1.3.1 Tvingen somatisk helsehjelp

Ved utøvelse av somatisk helsehjelp er det overfor noen pasienter helt nødvendig med bruk av tvang (Statens Helsetilsyn, 2020). Utøver helsepersonell tvang i forbindelse med handlinger av forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller av pleie- og omsorgsgivende sort, kan dette omtales som *tvungen helsehjelp*. Denne typen helsehjelp skal utelukkende oppstå i situasjoner der helsepersonell må sikre at pasienten ikke utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade, eller for å sikre forsvarlig helsehjelp (Helsedirektoratet, 2015). Historisk sett har tvungen helsehjelp vært konsentrert rundt psykisk helsevern. Dette i kontrast til omtalelsen denne typen helsehjelp har hatt i somatisk sykehus (Tabell 2.3.1; Chapman et al., 2009; *Tvangsbegrensingsloven*, 2019). Det vil være rimelig å påstå at tvungen helsehjelp overfor somatiske pasienter har havnet noe i bakhånd. Flest tvangsvedtak i henhold til pasient- og brukerrettighetslovens (1999) kapittel 4A fattes i kommunehelsetjenesten (72 %), mens spesialisthelsetjenesten, herunder somatiske sykehus, dekker en liten del av vedtakene (11 %). De resterende er hjemmebaserte tjenester og tannhelsetjenesten (Viblemo et al., 2013).

Definisjonsmessig oppstår også tvang overfor pasienter uten samtykkekompetanse som *ikke motsetter* seg helsehjelpen (Østenstad et al., 2018), men denne litteraturstudien er avgrenset til pasienter uten samtykkekompetanse som verbalt eller nonverbalt *motsetter* seg helsehjelpen i somatisk sykehus.

### 1.3.2 Lovgivninger og retningslinjer for tvang

I Norge reguleres bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten hovedsakelig etter fire regelsett (*Tvangsbegrensingsloven*, 2019). Disse består i dag av pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 4A (1999), helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 9 og 10 (2011), og psykisk helsevernlovens kapittel 3 (1999). I tillegg er det hjelpeplikt i helsepersonellovens §7 (1999), tvangsregler i smittevernloven (1994) og generelle regler om samtykke, medvirkning og informasjon til helsehjelp i pasient- og brukerrettighetsloven (*Tvangsbegrensingsloven*, 2019). Litteraturstudien sentrerer rundt pasient- og brukerrettighetslovens (1999) kapittel 4A, da loven omfatter somatiske pasienter uten samtykkekompetanse blant annet enkelte personer med demens. Øvrige lovgivninger omfatter i hovedsak pasienter med utviklingshemming, rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Psykisk helsevernloven, 1999).

Pasient- og brukerrettighetslovens (1999) kapittel 4A er en relativt ny lovgivning. Den ble iverksatt i 2006 med formål om «å sikre nødvendig helsehjelp til pasienter som mangler samtykkekompetanse, og dermed hindre vesentlig helseskade» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005-2006). Lovgivningen omfatter helseinstitusjoner i

kommunal helse- og omsorgstjeneste, tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og gjelder utelukkende for mottakere av helsehjelp. Det foreligger hjemmel i pasient- og brukerrettighetslovens (1999) kapittel 4A dersom vilkårene for tvungen somatisk helsehjelp foreligger og tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelp. Imidlertid kan ikke all somatisk helsehjelp ytes gjennom tvang. Handlinger som ikke er å regne som tvang i henhold til loven, eksemplifiseres som alminnelige oppfordringer og håndledning eller andre fysiske påvirkninger av mild grad. I praksis kan dette være både verbale og nonverbale overtalelser til å motta helsehjelp, forklaringer, motivering, ledelse med hånden eller lignende. Dersom det er nødvendig med nonverbale og verbale tiltak som er kraftigere, eksempelvis fysisk holding eller trusler, foreligger det hjemmel i pasient- og brukerrettighetslovens (1999) kapittel 4A (Helsedirektoratet, 2015).

I somatiske sykehus skal kunnskapsbaserte faglige retningslinjer og reglement være i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven (1999) på lik linje med andre hjemlede lovgivninger. Dette skal fungere som sykepleiere og helsepersonells veileder for utøvelsen av forsvarlig helsehjelp. Sammen med pasienter, pårørende og ledere, skal retningslinjer brukes som faglig støtte. Retningslinjene skal til enhver tid bestå av ny og oppdatert kunnskap og lovgivning, slik at det kan omsettes til «virksom behandling med minst mulig risiko for bivirkninger» (Helsedirektoratet, 2012, s. 11).

### **1.3.3 Sykepleierens møte med pasienten**

Sykepleiere er pliktig til å overholde forsvarlighetskravet uavhengig av typen helsehjelp (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-1; Helsepersonelloven, 1999, §4; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §2-2). Forsvarlighetskravet oppnås gjennom en vurdering av retningslinjer, anerkjent fagkunnskap og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Vurderingen er skjønnsmessig og fungerer som en innretning mot kvalitet, god praksis og likhet, samtidig som det tas høyde for samtidsutviklingen (Helsedirektoratet, 2012). For utøvelsen av helsehjelp har sykepleiere nedskrevne grunnprinsipper i International Council of Nurses' (2012) etiske regler og Norsk sykepleierforbunds (2011) yrkesetiske retningslinjer. Disse representerer fundamentale verdier i sykepleien og spiller en sentral rolle i omsorgsarbeidet (Kristoffersen et al., 2016). I Kari Martinsens (2003b, s. 75) omsorgsfilosofi defineres omsorgsarbeid som «ulike virksomheter som har til oppgave å ta vare på mennesker som ikke kan ta vare på seg selv, og hvor omsorg som kvalitet er til stede i forholdet til dem som skal «sørges for»». Med ansvaret for den svake som utgangspunkt, beskrives omsorg som en grunnholdning og generell tilnæringsmåte. Grunnholdningen preges av innlevelse, engasjement, og moralsk og faglig vurdering. Samtidig skal det skje en aktiv handling for pasientens beste med bakgrunn i de retningslinjer som foreligger (Martinsen, 2003a).

I enkelte situasjoner må sykepleier handle *mot* pasientens ønske, men *for* pasientens skyld. Under slike omstendigheter utfordres tillitsforholdet mellom sykepleier og pasient. Veien til mistillit er således kort grunnet pasientens forventning om å bli tatt imot og tatt på alvor (Martinsen, 1990). Pleiesituasjonen kan bli preget av «å forsøke å gjøre det så godt som mulig for pasienten i hans her- og nå-situasjon» (Martinsen, 2003b, s. 78). Martinsen fremmer hensikter som i størst grad gagnar pasienten, ettersom slike hensikter skjer på bakgrunn av sykepleierens faglige merforståelse. Gjennom dette tar hun avstand til sykepleiere som yter maktovergrep og overtramp (Martinsen, 2003a). I

Makt eksisterer i alle relasjoner mellom pasient og sykepleier (Skau, 2013). Imidlertid er ikke maktovergrep og overtramp synonymt med bruk av tvang generelt, og bør heller ses i sammenheng med *upassende* bruk av tvang. Å opptre upassende kan defineres som handlemåter i strid med gjeldende normer, regler, retningslinjer og lovverk (Law Insider, u.å.).

Møtet med pasienten påvirkes av holdningen og kunnskapen sykepleieren besitter. Martinsens (2003a) omsorgsfilosofi beveger seg mer bort fra teori og nærmere praktisk sykepleiekunnskap. Den praktiske og erfaringsbaserte kunnskapen sykepleiere lærer gjennom eksempellæring, anser Martinsen som den viktigste kunnskapen. Hun kaller det også *praktisk-moralsk handlingsklokskap* og *faglig skjønn*, der kunnskapen hovedsakelig omfatter sanselig forståelse. Utviklingen av handlingsklokskap skjer i et fellesskap av sykepleiere. Veier man eget faglig skjønn opp mot medarbeideres erfaringer og skjønnsmessige vurderinger, utvikler og forsterker man hverandres faglige skjønn. Sammen med teori og prosedyrer, kan en slik holdning gi kunnskap om hvordan sykepleiere skal vurdere og forstå konkrete situasjoner samtidig som det utvikles en felles forståelse for hva som er riktige og gode handlingsmåter. I sin beskrivelse av omsorg knytter Martinsen sammen ytelsen av omsorg med forståelsen for andre. Skal omsorgen oppleves ekte, kreves en holdning som anerkjenner en annen. En slik holdning tilegnes fra et sett med situasjoner gjennom egne og felles erfaringer (Martinsen, 2003a).

Kunnskap og holdning påvirkes av relasjonen mellom sykepleier og pasient (Martinsen, 2003b), som oppstår som følge av interaksjon. Interaksjonen påvirker følelsene og tankene pasienten opplever ved helsehjelp (Haugan, 2014). Interaksjonens betydning gjør at utøvelsen til en viss grad må inneholde personlige elementer for at en relasjon skal bygges (Martinsen, 2003b). Dette er uunngåelig når kvaliteten i sykepleie tar utgangspunkt i mellommenneskelige forhold (Haugan, 2014). Martinsen (2003b) beskriver omsorgen som en sosial relasjon, der viktigheten av relasjonen mellom mennesker i menneskeoppfatninger er av større betydning enn individfokuset. Gjennom relasjoner er det mulig å vektlegge likeverd og samtidig fremheve ethvert menneske uavhengig av dens status, ytelse og andre ytre kjennetegn. Dette er essensielt grunnet enhvers mulighet til å havne i en situasjon med behov for omsorg og hjelp. Martinsen mener relasjonen mellom sykepleier og pasient forlanger forpliktelse og ansvar fra sykepleieren. Særlig med henblikk til pasientens ikke-selvhjulpne situasjon. Omsorgsarbeidet innebærer derfor forutsetninger som kunnskaper, ferdigheter og organisasjon (Martinsen, 2003b).

#### **1.3.4 Kognitive funksjonsnedsettelse og samtykkekompetanse**

Kognitiv funksjonsnedsettelse i form av demens kommer av kronisk sykdom eller skade i hjernen hos eldre, og kjennetegnes av redusert evne til mentale funksjoner som taleevne, atferd, hukommelse, orientering, dømmekraft og informasjonsbearbeidelse (Helsedirektoratet, 2017). Personer med demens blir pasienter i det den enkelte mottar helsehjelp fra helsepersonell (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Under utøvelsen av helsehjelp og omsorg er kjente miljø og forutsigbarhet nøkkelbegreper for

ivaretagelsen av trygghet overfor pasienter med funksjonsnedsettelse. En sykehusinnleggelse kan derimot føre med seg opplevelsen av utrygghet med sine ukjente miljø og fremmede mennesker (Aldring og helse, 2020). Kristoffersen (2016a) mener alle pasienter, uavhengig av typen kontakt med helsetjenesten, er i en situasjon som gjerne kjennetegnes av usikkerhet, angst og smerter. For en pasient som allerede har kognitive funksjonsnedsettelse, kan en sykehusinnleggelse dermed oppleves ytterligere forvirrende. Risikoen for nevropsykiatriske symptomer som aggressivitet, engstelighet, frykt og usikkerhet, øker i fremmede sykehusmiljø. Resultatet av slike oppfatninger fra pasientens ståsted, kan svekke dens vurdering av egen helsetilstand og kreve alternative tilnærminger til omsorg (Aldring og helse, 2020). Som følge av dette har eldre med demens et større behov tilpasset og uformell omsorg (Vossius et al., 2015).

Skal helsehjelp ytes, må det foreligge et gyldig samtykke fra pasienten med ønske om eller behov for hjelp. Dette gjelder alle pasienter - i tilsvarende grad for eldre med demens. Et gyldig samtykke baserer seg på et informert samtykke. Dette innebærer at pasienten er informert om hva vedkommende samtykker til. Informasjonen må inkludere individuelt tilpasset informasjon om egen helsetilstand, innhold i helsehjelpen og de eventuelle konsekvenser som kan forekomme av å takke nei til helsehjelpen. Samtidig må den som er ansvarlig for helsehjelpen stille seg det spørsmål om pasienten er kompetent til å kunne gi et gyldig samtykke, noe som krever overveielser basert på etikk og skjønn (Helsedirektoratet, 2015). Kognitive funksjonsnedsettelse kan påvirke ens kompetanse til å kunne samtykke. Eksempelvis kan funksjonsnedsettelsen innebære svekket dømmekraft (Helsedirektoratet, 2017), der valg av ord, lydnivå, tidsbruk og alternative forklaringer kan være tilpasninger helsepersonell må ta høyde for overfor den eldre med demens (Eide et al., 2017). Om tilpasningene *ikke* frembringer et gyldig samtykke i situasjoner der tiltak er helt nødvendig for å ivareta pasientens helse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, kapittel 4A) og helsepersonell sin plikt til å yte helsehjelp er påtrengende nødvendig (Helsepersonelloven, 1999), kan det foreligge hjemmel for tvungen helsehjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, kapittel 4A).

## 1.4 Formål og problemstilling

Med en økende utbredelse av tvungen helsehjelp og en voksende eldre populasjon, er det rimelig å anta at stadig flere norske sykepleiere opplever bruk av tvang i sin daglige fagutøvelse. Av den grunn stiller litteraturstudien spørsmål om hvilke faktorer som påvirker en sykepleiers utøvelse av tvungen helsehjelp i somatisk sykehus. Formålet er å identifisere og belyse betydningen av sykepleierrelaterte faktorer som påvirker bruk av tvang overfor pasienter over 65 år med kognitive funksjonsnedsettelse. I hvor stor grad påvirker faktorene tvungen helsehjelp og hvilke har behov for økt hensyn ifølge internasjonal forskning? Problemstillingen formuleres slik: *Hvilke faktorer påvirker sykepleieres utøvelse av tvungen helsehjelp i somatisk sykehus?*



## 2. Metode

Metoden er et systematisk litteraturstudie basert på datainnsamling og analyse av ni utvalgte forskningsstudier. Metodekapitlet presenterer en nærmere redegjørelse av litteraturstudiens metode, inklusjons- og eksklusjonskriterier, søkehistorikk med strategi, vurdering av utvalgt forskning og analysen av den.

### 2.1 Beskrivelse av metode

Denne bacheloroppgaven er en systematisk litteraturstudie, som kjennetegnes av et «tilstrekkelig antall studier av god kvalitet som kan utgjøre underlag for vurderinger og konklusjoner» (Forsberg & Wengström, 2013, s. 26). Formålet med denne studien er derfor å avdekke og besvare problemstillingen: *Hvilke faktorer påvirker sykepleieres utøvelse av tvungen helsehjelp i somatisk sykehus?*

### 2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier er oppsatt som hjelpemiddel i tilegnelsen av forskning. Kriteriene er tatt hensyn til i søk, analyse og endelig utvelgelse med tanke på relevante funn. Kriteriene er formulert etter studiens avgrensninger og presenteres i tabell 2.2.1.

Tabell 2.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Sykepleieperspektiv	Personer < 65 år
Somatisk sykehus	Psykiatrisk sykehus
Somatiske lidelser	Psykiske lidelser
Tvungen helsehjelp / bruk av tvang	Psykisk helsevern
Personer ≥ 65 år med kognitiv funksjonsnedsettelse	Hjemmebasert omsorg
Publiseringsår: 2010-2021	Land med ikke-vestlig kultur
Fagfellevurdering	Psykisk utviklingshemming
IMRaD-struktur	Sykehjem
Vestlige land	
Språk: Norsk, engelsk, svensk, dansk	

### 2.3 Søkestrategi og søkehistorikk

Litteraturstudiens søkestrategi er systematisk og basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier (Tabell 2.2.1). Det er gjort tre systematiske og to manuelle søk etter forskning i Cinahl, Medline, SveMed+, Oria og PubMed henholdsvis i mai og april 2021. Søkehistorikk er presentert i tabell 2.3.1 med navngitt database, dato, søkeord, antall søketreff, avgrensninger og antall utvalgte studier fra hvert søk. Søkeordene er bestemt

etter oppgitte nøkkelord i studier med tilsvarende tematikk, MeSH-databaser og oversettelsesdatabaser med mål om flest mulig relevante søketreff. I de manuelle søkene er det tittelen til de ønskede studiene som er det respektive søkeordet, da disse studiene ble funnet ved hjelp av «snowballing» blant andre studier man er kommet over underveis i prosessen (Sayers, 2007). Det er også gjort forenklede søk og søk med utelukkende norske søkeord, uten å finne relevant forskning. Disse søkene er ikke oppført i tabell 2.3.1.

Tabell 2.3.1 Søketablell

Database/Dato	Søk	Søkeord Emneord = MH (uthevet) Nøkkelord = ""	Antall søketreff	Avgrensninger	Valgte artikler
<b>Medline 13/4</b>	S1	<b>MH Hospital, General</b> OR "General hospital*" OR "Somatic Care" OR "Somatic inpatient" OR "Medical unit" OR "Somatic illness" OR "Surgery department" OR "Surgical service" OR "Surgical unit"	57214		0
	S2	<b>MH Coercion</b> OR "Coercion" OR <b>MH Restraint, Physical</b> OR "Restrain*" OR "Force*" OR "Compell*" OR "Compulsory treatment" OR <b>MH Involuntary treatment</b> OR "Involuntary treatment" OR "Mechanical restraint" OR "Chemical restraint"	550650		0
	S3	<b>MH Nursing</b> , "Nursing" OR <b>MH Nurses</b> OR <b>MH Nurse's Role</b> OR "Nurses"	717915		0
	S4	<b>MH "Attitude of Health Personnel"</b> OR <b>MH Health Knowledge, Attitudes, Practice</b> OR "Nursing care plan*" OR <b>MH Patient Care Planning</b> OR "Practice"	1239984		0
	S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	17	2010-2021	2 (A, C)
<b>Cinahl 13/4</b>	S1	"General hospital*" OR "Somatic Care" OR "Somatic inpatient" OR "Medical unit" OR "Somatic illness" OR "Surgery department" OR "Surgical service" OR "Surgical unit"	6106	Fagfelleurdert 2011-2021	0
	S2	<b>MH Coercion</b> OR "Coercion" OR <b>MH Restraint, Physical</b> OR "Restraint" OR "Compulsory treatment" OR <b>MH Involuntary treatment</b> OR "Involuntary treatment" OR "Mechanical restraint" OR <b>MH Chemical restraint</b>	11545	Fagfelleurdert 2011-2021	0
	S3	<b>MH Attitude of Health Personnel</b> OR <b>MH Nursing Knowledge</b> OR <b>MH Nursing care plans</b> OR "Nursing care plan*" OR "Nurse's care practice" OR <b>MH Patient Care</b>	717909	Fagfelleurdert 2011-2021	0



		<b>Plans</b> OR "Practice" OR <b>MH Nursing Practice</b>		
	S4	S1 AND S2 AND S3	9	1 (A)
	S5	"Medical unit*" OR "Surgical unit*"	3619	
	S6	<b>MH Coercion</b> OR "Coercion" OR "restraint*"	12323	
	S7	S5 AND S6	11	3 (D, G, E)
<b>Svemed+ 28/4</b>	S1	"Somatisk lidelse" OR <b>MH Somatiske sykehus</b> OR «General hospital» OR «Somatic inpatient» OR «Somatic care» OR «Somatic illness» OR <b>MH Kirurgisk avdeling ved sykehus</b> OR <b>MH Kirurgisk avdeling</b> OR «surgery department» OR "surgical service" OR "Surgical unit" OR "Medical unit" OR "Surgical ward" OR "Medical ward"	1224	0
	S2	<b>MH Coercion</b> OR "Coercion" OR <b>MH Restraint, Physical</b> OR "Restraint" OR "Compulsory" OR <b>MH Involuntary Treatment</b> OR "Involuntary" OR "Enforced" OR "Seclusion" OR <b>MH Tvang</b> OR "Tvang" OR <b>MH Tvangsbehandling</b> OR <b>MH Tvång</b> OR "Tvång" OR <b>MH Tvång, fysiskt</b> OR "Tvungen helsehjelp"	593	0
	S3	S1 AND S2	5	Fagfelleverdert 2010-2019 0
	S4	<b>MH Psychiatric department, hospital</b> OR <b>MH Psychiatric Nursing</b> OR <b>MH Psychiatry</b> OR <b>MH Psykiatri</b> OR <b>MH Pykiatrisk avdeling ved sykehus</b> OR <b>MH Psykiatrisk sykepleie</b> OR <b>MH Psykiatriske sykehus</b> OR <b>MH Psykiatrisk vård</b> OR <b>MH Psykiatriske avdelningar</b> OR <b>MH Psykiatriske sjukhus</b>	5414	0
	S5	S2 NOT S4	66	Fagfelleverdert 2010-2019 1 (I)
<b>Oria 27/4</b>	S1	«Pasient- og brukerrettighetsloven 4 A» AND «somatic»	7	Artikler 2016-2021 1 (F)
<b>PubMed 27/4</b>	S1	«The care of older people with dementia in surgical wards from the point of view of the nursing staff and physicians»	1	1 (B)
	S2	«A Multicomponent Model to Improve Hospital Care of Older Adults with Cognitive Impairment: A Propensity Score-Matched Analysis»	1	1 (H)

## 2.4 Vurdering og utvelgelse av artikler

Litteraturstudien har tatt for seg ni forskningsstudier: Seks kvantitative artikler, to kvalitative artikler og én oversiktsartikkel. Etterfulgt av systematiske søk gjengitt i kapittel 2.3, ble utvelgelsen av studiene er gjort etter inklusjons- og eksklusjonskriterier (Tabell 2.2.1). For å kritisk kunne sikre forskningens kredibilitet er Helsedirektoratets sjekklister for kritisk vurdering av forskningslitteratur også anvendt (*Sjekklister*, 2016). Flere studier i søketreffene er ikke valgt ut grunnet irrelevans i forhold til litteraturstudiens problemstilling. Til tross for avgrensede søk kom det en del utenforliggende tematikk som psykiatri, sykehjem, fysioterapi, rusbehandling, psykisk utviklingshemming og kommunale helsetjenester. Søkene i databasene ga ingen norske resultater i direkte sammenheng med litteraturstudiens problemstilling. Likevel er det inkludert én norsk studie av Wikstøl et al. (2021) grunnet ett delvis relevant funn med mulighet for å knytte sammen norsk og internasjonal kunnskap. I mangelen på norsk forskning er det hovedsakelig inkludert studier fra vestlige land for at begreper og forståelsen for tvungen helsehjelp skal være så samstemmig som mulig til norske forhold. Inkluderte studier presenteres i tabell 2.4.1.

Tabell 2.4.1 Inkluderte forskningsstudier

### Inkluderte studier:

**A)** Abraham, J., Hirt, J., Kamm, F., & Möhler, R. (2020). Interventions to reduce physical restraints in general hospital settings: A scoping review of components and characteristics. *Journal of clinical nursing*, 29(17-18), 3183–3200. <https://doi.org/10.1111/jocn.15381>

**B)** Hynninen, N., Saarnio, R., & Isola, A. (2015). The care of older people with dementia in surgical wards from the point of view of the nursing staff and physicians. *Journal of clinical nursing*, 24(1-2), 192–201. <https://doi.org/10.1111/jocn.12669>

**C)** Hynninen, N., Saarnio, R., & Isola, A. (2015). Treatment of older people with dementia in surgical wards from the viewpoints of the patients and close relatives. *Journal of clinical nursing*, 24(23-24), 3691–3699. <https://doi.org/10.1111/jocn.13004>

**D)** Staggs, V. S., Olds, D. M., Cramer, E., & Shorr, R. I. (2017). Nursing Skill Mix, Nurse Staffing Level, and Physical Restraint Use in US Hospitals: a Longitudinal Study. *Journal of general internal medicine*, 32(1), 35–41. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3830-z>

**E)** D'Amour, D., Dubois, C. A., Tchouaket, E., Clarke, S., & Blais, R. (2014). The occurrence of adverse events potentially attributable to nursing care in medical units: cross sectional record review. *International journal of nursing studies*, 51(6), 882–891. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.10.017>

**F)** Wikstøl, D., Pedersen, R. & Magelssen, M. (2021) Public attitudes and health law in conflict: somatic vs. mental care, role of next of kin, and the right to refuse treatment and information. *BMC Health Services Research*, 21(3). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05990-0>

**G)** Boltz, M., Capezuti, E., Wagner, L., Rosenberg, M. C., & Secic, M. (2013). Patient safety in medical-surgical units: can nurse certification make a difference?. *Medsurg nursing : official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 22(1), 26–37.

**H)** Sinvani, L., Warner-Cohen, J., Strunk, A., Halbert, T., Harisingani, R., Mulvany, C., Qiu, M., Kozikowski, A., Patel, V., Liberman, T., Carney, M., Pekmezaris, R., Wolf-Klein, G., & Karlin-Zysman, C. (2018). A Multicomponent Model to Improve Hospital Care of Older Adults with Cognitive Impairment: A Propensity Score-Matched Analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(9), 1700–1707.  
<https://doi.org/10.1111/jgs.15452>

**I)** de Almeida Tavares, J. P., da Silva, A. L., Sá-Couto, P., Boltz, M., & Capezuti, E. (2015). Portuguese nurses' knowledge of and attitudes toward hospitalized older adults. *Scandinavian journal of caring sciences*, 29(1), 51–61.  
<https://doi.org/10.1111/scs.12124>

## 2.5 Analyse

Utvalgte forskningsstudier (Tabell 2.4.1) er analysert etter Evans (2002) sine fire trinn for analysearbeid. Trinnene er å (1) samle utvalgte studier, (2) identifisere nøkkelfunn i hvert studie, (3) bestemme hvordan disse funnene relaterer til de andre studiene og (4) samle felles funn for å generere en beskrivelse av fenomenet (Evans, 2002).

*Trinn én* gikk ut på å velge studier ut fra endelige treff i databaser. Til å begynne med ble disse treffene gjennomgått, og oppførte studiers sammendrag ble lest. Studiene ble ekskludert dersom de inneholdt eksklusjonskriterier, imidlertid ble de mest relevante med pasientperspektiv avholdt grunnet begrensede antall treff. Deretter satt man igjen med et visst forskningsgrunnlag som ble grovt gjennomlest, der flere studier ble ekskludert underveis. Det ble også inkludert studier gjennom «snowballing» (Sayers, 2007). Etter nøye vurderinger av studienes verdi opp mot litteraturstudiets problemstilling, satt man til slutt igjen med totalt ni utvalgte studier.

*Trinn to* gikk ut på å finne nøkkelfunnene i hver av de ni studiene. Utvalgt forskning ble grundig gjennomlest opptil flere ganger, der relevante resultater og poenger ble markert og notert systematisk.

*Trinn tre* ble gjort overlappende med trinn to. Mens resultater ble gjennomgått gjentatte ganger ble studienes hovedpoenger samtidig notert, slik at man fikk en oversikt over hvilke studier som hadde felles tema og funn med andre studier (Tabell 2.5.1). Dette ble så kategorisert til bruk i resultatdel.

*Trinn fire* gikk ut på å gjengi en beskrivelse av funnene. Disse ble sammenfattet og kategorisert, og irrelevante funn ble ekskludert. Beskrivelsen er presentert i kapittel 3 for resultater.

Tabell 2.5.1 Felles funn

<b>Tema/funn</b>	<b>Studiens bokstav i tabell 2.4.1</b>
Kunnskap og holdninger	A, B, I
Fellesskap, kultur og tilskrivelse til sykepleie	B, C, F
Undervisning og/eller utdanning	A, B, C, G, H, I
Retningslinjer, reglement, lovverk	A, B, C, F, I
Forsøker/fremmer alternativer til tvang	B, C
Forskjeller mellom avdelinger	A, E, H, I
Bemanning blant sykepleiere	B, D, E, G, H

## 3. Resultater

Resultatkapitlet består av en artikkelmatrise som tar for seg ni utvalgte forskningsstudier med informasjon om hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål, metode, resultat og relevans for problemstilling (tabell 3.1.1). Enkelte studier har et større omfang av resultater enn det som er nevnt i artikkelmatrisen. Dette grunnet en bredere tematikk og sett med forskningsspørsmål som ses irrelevant i forhold til litteraturstudiens formål og hensikt. Videre i kapitlet vil det gjøres en sammenfatning av resultatene kategorisert i hovedtemaer med tilhørende undertemaer. Sammenfatningen vil beskrive felles funn og trekke paralleller på tvers av forskningsartiklene.

### 3.1. Artikkelmatrise

Tabell 3.1.1 - Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Metode	Resultat	Relevans for problemstilling
<p><b>A)</b> Abraham, J., Hirt, J., Kamm, F., &amp; Möhler, R. (2020). Interventions to reduce physical restraints in general hospital settings: A scoping review of components and characteristics. <i>Journal of Clinical Nursing, 29</i>(17-18), 3183–3200. <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.15381">https://doi.org/10.1111/jocn.15381</a></p>	<p>Å presentere en oversikt over tilgjengelige studier og kvalitetsforbedringsprosjekt, som har til hensikt å redusere bruk av fysisk tvang i allmennsykehus. Studiens hovedfokus er å beskrive kjennetegnene til de ulike intervensjonene som reduserer tvangsbruk.</p>	<p>Systematisk oversiktsartikkel basert på systematiske søk i databaser og «snowball techniques» ut fra disse søkene. Utvalgt forskning (fra år 1989-2018) inkluderte engelsk- eller tyskspråklige intervensjonsstudier og kvalitetsforbedringsstudier gjennomført i sykehus. PRISMA-ScR ble brukt. Kvantitativ metode.</p>	<p>I 27 av 31 studier og prosjekter, som undersøkte undervisningsbaserte tilnærminger for sykepleiere, var det en nedgang i bruk av fysisk tvang. Tilnærmingen var ikke assosiert med en økning i antall uheldige hendelser, som fall eller fallrelaterte skader. Multikomponente undervisningsbaserte intervensjoner kan være en tilnærming for å oppnå endring i bruken av tvang i klinisk praksis. Imidlertid er det utilstrekkelig informasjon tilgjengelig om den potensielle effekten av disse tilnærmingene. Mange studier og prosjekter melder om utilstrekkelig informasjon om utbredelse og endring i fysisk tvang.</p>	<p>Studien tar for seg sykehusavdelinger, med unntak av psykiatriavdelinger og akuttmottak, som er tilsvarende til litteraturstudiens fokusgruppe, og setter disse i sammenheng med tvang. Gir en oversikt over hvilke intervensjoner som har størst fokus blant studier om intervensjoner for tvang, samt sykepleieres behov for kunnskap og holdninger i forhold til tvangsbruk.</p>
<p><b>B)</b> Hynninen, N., Saarnio, R., &amp; Isola, A. (2015). The care of older people with dementia in surgical wards from the point of view of the nursing staff and physicians. <i>Journal of Clinical Nursing, 24</i>(1-2),</p>	<p>Å beskrive ivaretagelsen av eldre med demens i kirurgiske avdelinger fra synspunktet til sykepleiere og leger. Hva er de spesifikke kjennetegnene for eldre med demens i en kirurgisk avdeling? Hva er de spesifikke kjennetegnene i behandlingene deres? Hvilke faktorer bidrar til å gi</p>	<p>Deskriptivt design og induktiv innholdsanalyse. Data innsamlet gjennom ustrukturerte intervju av pleiepersonell og leger som jobbet på en kirurgisk avdeling i et sykehus i Finland. Kvalitativ metode.</p>	<p>Pleiepersonell uttrykte ivaretagelsen av personer med demens som fysisk og psykisk krevende. Legene betraktet symptomer relatert til hukommelsestap som primære årsaker for pasientens utfordrende atferd, mens pleiepersonellet følte utfordrende atferd var relatert til personellets egen personlighet eller mangel på sykepleiekompetanse. Pleiepersonellet uttalte at de ikke</p>	<p>Studien tar for seg sykepleieres utdanning, holdninger, retningslinjer, bemanning og informasjon relatert til ivaretagelsen av eldre med demens. Pleierne snakker blant annet om bruk av tvang som en av faktorene til hinder for</p>

192–201. <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.12669">https://doi.org/10.1111/jocn.12669</a>	god omsorg? Hvilke faktorer hindrer god omsorg?		hadde mottatt noen form for spesifikk opplæring i behandlingen av personer med demens.	god omsorg og en kilde til konflikter.
<b>C)</b> Hynninen, N., Saarnio, R., & Isola, A. (2015). Treatment of older people with dementia in surgical wards from the viewpoints of the patients and close relatives. <i>Journal of clinical nursing, 24</i> (23-24), 3691–3699. <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.13004">https://doi.org/10.1111/jocn.13004</a>	Å beskrive behandlingen av eldre med demens i kirurgiske avdelinger fra synspunktet til pasientene og deres nære slektninger. Fra synspunktet til pasientene selv og deres nære slektninger: Hva er de spesifikke kjennetegnene for eldre med demens i en kirurgisk avdeling? Hva er de spesifikke kjennetegnene av behandlingen til eldre med demens? Hvilke faktorer bidrar til eller hindrer god behandling til eldre med demens?	Deskriptivt design og induktiv innholdsanalyse. Kvalitativ metode. Data innsamlet gjennom ustrukturerte intervju på en kirurgisk avdeling i et sykehus i Finland. Deltakerne var innlagte eldre med demens og deres nære slektninger som besøkte dem under innleggelse.	Støtte fra nære slektninger var betydelig for psykisk og sosial velvære for eldre pasienter med demens i løpet av sykehusinnleggelsen. Pasientene følte på usikkerhet i slektingenes fravær. For slektingene var pasientens sykehusinnleggelse følelsesmessig tung. Slektingene ønsket mer emosjonell støtte fra pleiepersonellet. Pasientene håpet pleiepersonellet kunne bruke mer tid til å diskutere situasjonen deres med dem. En av faktorene som hindret god omsorg, av den eldre med demens, var bruk av tvang. Slektingene følte bruk av tvang krenket pasientens verdiget.	Synspunktet til pasienter med demens og deres nærmeste slektninger ved bruk av tvang underbygger viktigheten av fokuset på sykepleieres utøvelse av tvang.
<b>D)</b> Staggs, V. S., Olds, D. M., Cramer, E., & Shorr, R. I. (2017). Nursing Skill Mix, Nurse Staffing Level, and Physical Restraint Use in US Hospitals: a Longitudinal Study. <i>Journal of general internal medicine, 32</i> (1), 35–41. <a href="https://doi.org/10.1007/s11606-016-3830-z">https://doi.org/10.1007/s11606-016-3830-z</a>	Å gjennomføre en longitudinell tverrsnittstudie som undersøker om sykepleiebemanning, i forhold til sykehusavdelinger sitt langsiktige gjennomsnitt, er knyttet til bruk av tvang.	Studien analyserte 17 kvartal med longitudinell data ved å anvende ulike logistiske regresjoner. Ved hjelp av denne modellen fant studien utbredelsen av tvangsbruk i avdelinger i ulike kvartaler. Videre ble kvartalenes bemanningsnivå sammenlignet med ulike avdelingers gjennomsnittlige bemanningsnivå. Data ble hentet fra National Database of Nursing Quality Indicators, som omfattet 3101 medisinske, kirurgiske, og	Resultatene viser en sterk negativ sammenheng mellom profesjonsblanding og bruk av enhver type tvang og tvang grunnet fallforebygging. For kvartaler med lav til veldig lav profesjonsblanding økte sjansen for tvang uavhengig av årsak til 11 % og 18 % henholdsvis for kvartaler med lav til veldig lav profesjonsblanding. Resultatene viste at bemanningsnivå var ingen signifikant indikator for bruk av tvang uavhengig av årsak og fallforebyggende tvang.	Studien tar for seg faktorer på systemnivå, som ulike elementer med sykepleieres bemanning, i sykehus og dets relevans til utbredelsen av tvang.

		medisinsk-kirurgiske avdelinger i sykehus i USA mellom 2006-2010. Enhver bruk av tvang uavhengig av årsak og bruk av tvang i forebyggingen av fall ble undersøkt og knyttet opp til to sykepleievariabler: Bemanningsnivå og profesjonsblanding. Kvantitativ metode.		
<b>E)</b> D'Amour, D., Dubois, C. A., Tchouaket, E., Clarke, S., & Blais, R. (2014). The occurrence of adverse events potentially attributable to nursing care in medical units: cross sectional record review. <i>International journal of nursing studies</i> , 51(6), 882–891. <a href="https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.10.017">https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.10.017</a>	Å beskrive frekvensen av seks ulike uheldige hendelser, som i litteraturen er allment vurdert som sykepleiesensitive utfall. De seks hendelsene er trykksår, fall, feil ved administrering av medikamenter, pneumoni, urinveisinfeksjoner og upassende bruk av tvang. Hensikten er å undersøke i hvilken grad disse hendelsene kan tilskrives sykepleie.	Tverrsnittstudie av journalene til 2699 innlagte pasienter i 22 medisinske avdelinger i 11 sykehus i Canada. Kvantitativ metode. Tre indikatorer i journaler med uheldige hendelser ble undersøkt: Alle hendelser, hendelser med konsekvenser og hendelser tilskrevet til sykepleie.	Risiko for at pasienter sto overfor minst en av de seks uønskede hendelsene var 15,3 % og risiko for å oppleve en uheldig hendelse med konsekvenser var 6,2 %. Risikonivå varierte mellom avdelingene. 76,8 % av hendelsene kunne tilskrives sykepleie.	Studien tar for seg upassende bruk av tvang og dets tilskrivelse til sykepleie. Studien tar for seg tvang i forhold til sikkerhet, diskusjoner og åpenhet, samt nødvendige tilnærminger på organisasjonsnivå, avdelingsnivå og individuelt nivå.
<b>F)</b> Wikstøl, D., Pedersen, R. & Magelssen, M. (2021) Public attitudes and health law in conflict: somatic vs. mental	Å undersøke om meningene til den norske befolkning er i samsvar med eller avviker fra nasjonalt lovverk. Undersøker reguleringer som pasienters rettigheter til å nekte behandling og	Elektronisk spørreundersøkelse med ni proposisjoner om pasientautonomi, bruk av tvang, pårørendes rolle, og likestilling av rettigheter og reguleringer på tvers av	Majoriteten av respondentene støtter pasientens rett til at behandling og informasjon ved alvorlig sykdom kunne nektes for, at tidligere uttrykte behandlingsønsker skulle bli respektert, at pårørendes rett til informasjon og myndighet i	Eneste norsk studie i litteraturstudien med enkelte relevante resultater. Tar for seg det norske lekfolks meninger, derav også sykepleiere. Relevant



care, role of next of kin, and the right to refuse treatment and information. <i>BMC Health Services Research</i> , 21(3). <a href="https://doi.org/10.1186/s12913-020-05990-0">https://doi.org/10.1186/s12913-020-05990-0</a>	informasjon, respekt for tidligere foretrekkende preferanser, rollen til pårørende i forbindelse med informasjon og avgjørelser, og forskjellene mellom lover som regulerer somatisk og psykisk sykdom.	somatiske og psykiske helsetjenester. Ble gjennomført av 1617 voksne nordmenn. Kvantitativ metode.	klinisk beslutningstaking bør bli styrket, og at lovbestemmelser som regulerer dette bør være likestilt på tvers av somatiske og psykiske helsetjenester.	grunnet fokuset på pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A, samtykkekompetanse, pasientautonomi og likestilling på tvers av ulike lidelser.
<b>G)</b> Boltz, M., Capezuti, E., Wagner, L., Rosenberg, M. C., & Secic, M. (2013). Patient safety in medical-surgical units: can nurse certification make a difference?. <i>Medsurg nursing: official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses</i> , 22(1), 26–37.	Hva er forholdet mellom sykepleiere med videreutdanning og pasientsikkerhet ut fra bestemte kvalitetsindikatorer; pasientutfall, fallskader, trykksårutbredelse, og utbredelse av tvang? Indikatorene ble sett i samsvar med sykepleieres antall timer per pasient, profesjonsblanding, sykepleieutdanning og prosentandelen av sykepleiere fra byrå eller med arbeidskontrakt.	Retrospektiv, deskriptiv design ble brukt med multivariat regresjonsteknikk. Kvantitativ metode. 44 medisinske og medisinsk-kirurgiske avdelinger fra 25 sykehus, der > 50 % av pasientene var eldre enn 65 år, deltok. Datainnsamlingen ble gjort gjennom en web-basert database avdelingene fikk tilgang til.	Binær logistisk regresjonsmodellering viste signifikant sammenheng mellom videreutdanning i enhver spesialitet og fall, men ingen sammenheng med fallskader, trykksår ervervet i avdelingen, eller utbredelsen av tvang.	Studiens resultater og tall i forbindelse med utbredelse av tvang i forhold til utdanningsnivå er relevant for litteraturstudien.
<b>H)</b> Sinvani, L., Warner-Cohen, J., Strunk, A., Halbert, T., Harisingani, R., Mulvany, C., Qiu, M., Kozikowski, A., Patel, V., Liberman, T., Carney, M., Pekmezaris, R., Wolf-Klein, G., &	Formålet var å undersøke om en innovativ multikomponent modell, bestående av geografisk kohorting, tverrfaglig tilnærming, spesialister i pasientengasjement, og personalundervisning, ville forbedre ivaretagelsen av	Ettårig retrospektivt studie basert på data hentet i elektroniske journaler fra et stort akademisk tertiær-sykehus i New York. Kvalitativ metode. Studien inkluderte alle pasienter > 65 år som var innlagt i medisinsk avdeling og måtte ha høyt nivå av observasjon grunnet	Studien viste at innleggelse i intervensjonsavdelingen, som tilførte geografiske kohorter, tverrfaglig tilnærming, spesialister i pasientengasjement og personalundervisning, var statistisk sett assosiert med provisorisk signifikant høyere grad av deliriumforebyggende tiltak, bedre	Studien adresserer at fastvakt (kontinuerlig observasjon), som først ble brukt for individer med psykiatriske lidelser, er blitt utvidet til å møte andre kliniske utfordringer i eksempelvis somatiske sykehusavdelinger.

<p>Karlin-Zysman, C. (2018). A Multicomponent Model to Improve Hospital Care of Older Adults with Cognitive Impairment: A Propensity Score-Matched Analysis. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i>, 66(9), 1700–1707. <a href="https://doi.org/10.1111/jgs.15452">https://doi.org/10.1111/jgs.15452</a></p>	<p>innlagte eldre med kognitive funksjonsnedsettelse.</p>	<p>kognitiv funksjonsnedsettelse i form av demens eller delirium. Var det nødvendig med hyppig observasjon, ble dette regnet som om pasienten måtte ha kontinuerlig observasjon eller økt observasjon sammenlignet med normale forhold. Studiens sammenligningsgrunnlag baserte seg på en avdeling i ordinær drift vs. en intervensjonsavdeling som ble driftet etter nevnte multikomponente modell.</p>	<p>håndtering av atferdssymptomer, og bedre utfall for pasientene samlet.</p>	
<p>I de Almeida Tavares, J. P., da Silva, A. L., Sá-Couto, P., Boltz, M., &amp; Capezuti, E. (2015). Portuguese nurses' knowledge of and attitudes toward hospitalized older adults. <i>Scandinavian journal of caring sciences</i>, 29(1), 51–61. <a href="https://doi.org/10.1111/scs.12124">https://doi.org/10.1111/scs.12124</a></p>	<p>Å utforske sykepleieres kunnskap og holdninger til fire vanlige geriatriske tilstander i portugisiske sykehus. I tillegg evaluere innflytelsen av demografi, helsepersonell og sykepleieres oppfattelse av sykehusets støtte til utdanning, geriatrisk kunnskap, og belastningen av å gi omsorg til eldre simultant med kunnskap og holdninger i geriatrisk sykepleie.</p>	<p>Tverrsnittstudie gjennomført blant 1068 portugisiske sykepleiere i fem sykehus. Datainnsamlingen ble gjort gjennom en spørreundersøkelse med påstander om fire geriatriske tilstander: Trykksår, søvn, urininkontinens og tvangsmidler. Kvantitativ metode.</p>	<p>Sykepleieres holdning overfor ivaretagelse av innlagte eldre var generelt negativ. Sykepleiere i akademiske sykehus hadde betydelig mer kunnskap om geriatriske tilstander enn sykepleiere i ordinære sykehusavdelinger. Holdningene til sykepleiere var betydelig assosiert med sykehusstilthørighet, avdelingstype, regionstilthørighet, sykehusets støtte til utdanning, personalets kunnskap, og byrden av å gi omsorg til eldre. Studien antyder et behov for å forbedre sykepleieres kunnskap og holdninger overfor innlagte eldre og behovet for å implementere kunnskapsbaserte retningslinjer i praksis.</p>	<p>En av de geriatriske tilstandene studien undersøker er bruk av tvang og tvangsmidler overfor eldre.</p>

## **3.2 Presentasjon av resultater**

Ved hjelp av trinnene i Evans (2002) sin analysemodell vil det gjøres en sammenfatning av relevante funn fra studiene presentert i tabell 2.4.1. Funnene er kategorisert i hoved- og undertemaer med tabell 2.5.1 som hjelpemiddel.

### **3.2.1 Sykepleieres holdninger og kunnskap til tvang**

Studiene ser holdninger og kunnskap i sammenheng med hverandre under utøvelsen av tvang. de Almeida Tavares et al. (2015) undersøkte sykepleieres kunnskapsnivå og holdninger til bruk av tvang overfor eldre pasienter. Blant vanlige geriatrike tilstander hadde sykepleiere en av de laveste kunnskapsskårene når det kom til bruk av tvang. Kun 152 av 1068 (14,2 %) sykepleiere hadde gjennomsnittlig skår over 0,5 der 1 er full skår. I tillegg hadde kvinnelige sykepleiere betydelig mer kunnskap sammenlignet med mannlige sykepleiere. Sykepleieres holdninger overfor tvang var positive. Å dra nytte av sykehusets støtte til utdanning var betydelig sammenbundet med positive holdninger overfor bruk av tvang, da resultatet av støtten var økt kunnskap om eldre (de Almeida Tavares et al., 2015). Abraham et al. (2020) mener viktigheten av sykepleieres holdninger og kunnskap er sentral for å kunne endre praksisen for fysisk tvang. En tilnærming basert på holdninger og kunnskap anses lovende, ettersom grunnlaget for tvangsbruk hovedsakelig kommer av sikkerhetsutfordringer sammen med mangel på kunnskap eller myter om de potensielle effektene av fysisk tvang (Abraham et al., 2020). I et kvalitativ studie fra Finland påpekte pleiepersonellet at de ikke hadde kunnskapen som krevdes for å kunne utøve god omsorg, deriblant alternativer til tvang, overfor eldre med demens i kirurgiske avdelinger. Sykepleiere mente pasientenes utfordrende atferd var i sammenheng med deres manglende kunnskap og kompetanse (Hynninen et al., 2015a).

### **3.2.2 Forbindelse til kultur og sykepleie**

I en finsk studie ble bruk av tvang undersøkt som en del av omsorgsarbeidet overfor eldre med demens i kirurgiske avdelinger. Sykepleiere mente støtte overfor personalets trivsel var av viktighet. Pleiepersonalet sa de hjalp hverandre med å unngå å bli psykisk og fysisk utmattet gjennom å variere og dele omsorgsansvaret til eldre med demens. I forbindelse med utfordrende atferd følte sykepleiere at pasientkonflikter ble forårsaket av deres egne personligheter, som resulterte i at de håndterte situasjoner på et personlig nivå fremfor et profesjonelt nivå (Hynninen et al., 2015a). I Hynninen et al. (2015b) ble tvang sett på som en vanlig kilde til pasient-personell-konflikter. En annen studie undersøkte upassende bruk av tvang som en av seks uheldige hendelser (trykksår, urinveisinfeksjon, fall, pneumoni, feil ved administrering av medikamenter) og deres tilskrivelse til sykepleie. Upassende bruk av tvang var en av hendelsene som i størst grad kunne tilskrives sykepleie., der 24 av 24 hendelser kunne knyttes til sykepleie (D'Amour et al., 2014).

### **3.2.3 Tjenestesystemets innflytelse for tvang**

Majoriteten av forskningsstudiene tar for seg ulike systemfaktorer som påvirker sykepleieres utøvelse av tvang innad i sykehus. Med dette menes de faktorer eller områder som sykehuset som organisasjon skal tilrettelegge for (Skau, 2013).

#### **3.2.3.1 Undervisning og utdanning**

Abraham et al. (2020) fant i sin gjennomgang at det i 27 av 31 studier og prosjekter var en nedgang i bruk av fysisk tvang ved undervisningsbaserte tilnærminger for sykepleiere. Til tross for en nedgang i bruk av fysisk tvang, var det *ikke* en økning i antall uheldige hendelser, som fall eller fallrelaterte skader. Det var heller ikke et økt antall forordninger av psykoaktive medisiner eller en økning i behandlingsforstyrrelser. Tilsvarende nedadgående trend fant også andre kvantitative studier (de Almeida Tavares et al., 2015; Sinvani et al., 2018). Sinvani et al. (2018) sin studie gikk ut på å sammenligne en sykehusavdelings ordinære drift med en avdeling driftet etter en innovativ multikomponent modell, der en av intervensjonene var personalundervisning. Ved intervensjonsavdelingen ble pasientene i mindre grad (3,2 %) utsatt for tvang enn i avdelingen med ordinær drift (6,9 %). De eldre som likevel ble utsatt for tvang i intervensjonsavdelingen, hadde for øvrig et 64 % kortere opphold sammenlignet med avdelingen som ikke fulgte den multikomponente modellen (Sinvani et al., 2018). Derimot erfarte Boltz et al. (2013) at hverken ordinær sykepleierutdanning eller videreutdanning uavhengig av spesialitet *ikke* var en signifikant prediktor i utbredelsen av fysisk tvang. Et kvalitativ studie fra Finland (Hynninen et al., 2015a) antydte at utdanning og undervisning relatert til pasientomsorg, inkludert tvang, ville forbedre kvaliteten på sykepleien sterkt. En annen finsk studie (Hynninen et al., 2015b) fremmet utdanning og undervisning som fordelaktig i etableringen av alternativer til tvang. Det ble i de Almeida Tavares et al. (2015) sin studie bestemt at sykepleiere som mottok mer omfattende støtte til utdanning fra sykehuset hadde samlet sett mer kunnskap om eldre enn sykepleiere som ikke hadde denne støtten. Dette var betydelig sammenbundet med positive holdninger mot tvang (de Almeida Tavares et al., 2015).

#### **3.2.3.2 Retningslinjer, reglement og lovverk**

I en kirurgisk avdeling i Finland rapporterte både pleiepersonell og leger om skjønnsmessig bruk av både fysisk og kjemisk tvang overfor eldre med demens. Dette var en konsekvens av at avdelingene ikke hadde noen offisiell avtalt modell dersom fysisk eller kjemisk tvang måtte benyttes i avdelingen. Avgjørelsen ble derfor individuelt avhengig av sykepleierne og legene med ansvar for tvang. Selv om det ikke forelå en veiledende modell, ble det bemerket at bruk av tvang generelt var gradvis blitt erstattet med alternative praktiseringer de siste årene (Hynninen et al., 2015a). Dessuten antyder en lignende studie fra Finland, som også omtaler tvang overfor eldre med demens, at helsepersonell bør søke etter retningslinjer til klinisk praksis (Hynninen et al., 2015b). I tillegg konkluderer de Almeida Tavares et al. (2015) at sykepleiere kan ha nytte av kunnskapsbaserte retningslinjer grunnet manglende kunnskap i klinikken.

Selv om hovedkomponentene i Abraham et al. (2020) ikke innebar endringer på organisasjonsnivå, forelå det likevel tilleggskomponenter som omhandlet endringer i retningslinjer med mål om å bruke minst mulig tvang i sykehusavdelinger. Den norske studien til Wikstøl et al. (2021) setter også rettigheter, reguleringer og lovbestemmelser på agendaen, og viser til resultater vedrørende begrensninger for tvang i norsk helsevesen. Resultatene viser at majoriteten av det norske lekfolk mener reguleringer ikke utelukkende skal basere seg på hvordan tvang skal utøves, men også at reguleringene bør dreie seg om å likestille pasienter. Eksempelvis tvang overfor somatiske vs. psykiske pasienter, som i dag reguleres av ulike lovgivninger. Resultatene antyder at meningene til det norske lekfolk er avvikende fra nåværende reguleringer på flere punkter (Wikstøl et al., 2021).

### **3.2.3.3 Sykepleierbemanning**

Profesjonsblanding, bemanningsnivå og tilgjengelig tid i pleiepersonellet påvirker utbredelsen av tvang. Profesjonsblanding defineres som proposisjonen av antall arbeidstimer forsynt av sykepleiere framfor annet pleiepersonell i avdelingen. Bemanningsnivå defineres som totalt antall timer om dagen sykepleier disponerer per pasient. En studie viser sterk negativ sammenheng mellom profesjonsblanding og bruk av enhver type tvang og tvang grunnet fallforebygging. Sammenlignet med kvartaler med gjennomsnittlig profesjonsblanding økte sjansen for tvang uavhengig av årsak til 11 % og 18 % henholdsvis for kvartaler med lav til veldig lav profesjonsblanding (Staggs et al., 2017). Boltz et al. (2013) sine resultater indikerer at hverken profesjonsblanding eller bemanningsnivå er en signifikant prediktor for utbredelsen av tvang. Staggs et al. (2017) fant lignende resultater når det gjaldt bemanningsnivå, da nivået statistisk sett *ikke* var en betydelig indikator for hverken fallforebyggende tvang eller tvang uavhengig av årsak. Imidlertid var sjansen for fallforebyggende tvang 9-12 % høyere i kvartaler med *under* gjennomsnittlig bemanningsnivå sammenlignet med gjennomsnittlig bemanningsnivå (Staggs et al., 2017).

D'Amour et al. (2014) nevner at det *bør* tas hensyn til utfordringer på bemanningsnivå, da sykepleiere i stor grad var involvert i uheldige hendelser, særlig ved upassende bruk av tvang. Alternativer som å leie inn ekstra personell for å ivareta personene med demens, som potensielt var i risiko for tvangsbruk, var en av metodene sykepleiere i Hynninen et al. (2015a) brukte ved tidspress. I Sinvani et al. (2018) sin intervensjonsavdeling var en av intervensjonene å leie inn fastvakter overfor eldre med behov for økt mengde observasjon og tilsyn. Intervensjonsavdelingen hadde, som beskrevet i kapittel 3.2.3.1, mindre bruk av tvang enn den ordinært driftede avdelingen (Sinvani et al., 2018).

### **3.2.3.4 Variasjoner mellom avdelinger**

Majoriteten av studiene viser signifikante forskjeller mellom avdelinger når det gjelder samtlige nevnte faktorer og deres påvirkning for utøvelsen av tvang. En studie undersøkte upassende bruk av tvang på tvers av somatiske sykehusavdelinger.

Sammenlignet med andre sykepleiesensitive og uheldige hendelser, som trykksår, urinveisinfeksjon og pneumoni, var det størst variasjon blant annet ved upassende bruk av tvang. Risiko for forekomst av upassende bruk av tvang generelt varierte signifikant mellom avdelingene (168 %). Ytterlig større variasjon var det i forekomsten av upassende bruk av tvang med konsekvenser (458,3 %) (D'Amour et al., 2014). Dessuten fant en studie variasjoner mellom avdelingene når det kom til holdninger og kunnskap om tvang blant sykepleiere (de Almeida Tavares et al., 2015). Det er også verdt å bemerke seg studien til Sinvani et al. (2018), som sammenlignet en intervensjonsavdeling med en avdeling i ordinær drift. Intervensjonsavdelingen var assosiert med bedre håndtering av atferdssymptomer, deriblant bruk av tvang, sammenlignet med avdelingen i ordinær drift (Sinvani et al., 2018). I oversiktsartikkelen til Abraham et al. (2020) adresserte noen studier forskjeller i lokale strukturer eksempelvis med tanke på gjennomganger eller debrifinger i forhold til bruk av fysisk tvang i avdelingene.

## 4. Diskusjon

Med grunnlag i ni forskningsstudier knyttet opp mot relevant teori, har litteraturstudien utforsket påvirkende faktorer for sykepleieres utøvelse av tvungen helsehjelp, henholdsvis overfor eldre med kognitive funksjonsnedsettelse i somatiske sykehus. En gjentakende formulering i studiene er mangelen på forskning om tvang i somatiske sykehusavdelinger både fra pasient- og sykepleieperspektivet (D'Amour et al., 2014; de Almeida Tavares et al., 2015; Hynninen et al., 2015a, 2015b; Sinvani et al., 2018). Søkeprosessen styrker denne antagelsen, da mengden direkte relevant forskning å velge fra - ikke har vært utallig (Tabell 2.3.1). Diskusjonskapitlet består av tre hoveddeler. Resultatdiskusjonen diskuterer litteraturstudiens hovedfunn opp mot teoridelen (kapittel 1.3) og metodediskusjonen drøfter litteraturstudiens metodiske styrker og svakheter. Avslutningsvis vil det gjøres en konklusjon av litteraturstudien som helhet.

### 4.1 Resultatdiskusjon

Resultatdiskusjonens oppbygning er inspirert av Skau (2013) sitt skille mellom person og system i utøvelsen av makt og hjelp. Personnivået omfatter sykepleieres holdninger og kultur. Systemnivået omfatter organisatoriske rammer for sykepleieres kompetanse, retningslinjer, bemanning og tilhørighet. Med mål om å finne implikasjoner for sykepleie drøftes funnene underveis opp mot Kari Martinsens (1990, 2003a, 2003b) omsorgsfilosofi og lovbestemmelsen for tvungen somatisk helsehjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, kapittel 4A).

#### 4.1.1 Tvang fra et personnivå: Holdninger og kultur

Sykepleieres og medhjelperes holdninger er avgjørende for utøvelsen av tvang. Positive holdninger til tvang viser at sykepleiere fremmer unngåelse av tvangsbruk (de Almeida Tavares et al., 2015). Slike holdninger er vesentlig for godt omsorgsarbeid (Martinsen, 2003b) og støttes av Kristoffersen (2016a, s. 120) i sin formulering av makt: «Det er ikke alltid slik at resultatet blir godt selv om hensikten er god». En holdning om å forsøke alternative tilpasninger før en anvender tvang, er sykepleiere for øvrig pliktige til å ha (Helsedirektoratet, 2015). Dette kan knyttes opp mot Martinsens tenkning om at sykepleiere på veien til den riktige handling, i enkelte situasjoner må ta for seg grundige faglige overveielser (Martinsen, 2003a). Imidlertid er bruk av tvang noen ganger en helt nødvendig del av omsorgsarbeidet (Helsedirektoratet, 2015). Forskning viser at sykepleiere bruker tvang med intensjon om å ivareta pasientens behov for sikkerhet og trygghet. Pleiepersonellet i Hynninen et al. (2015a) mente fysisk og kjemisk tvang økte pasientens personlige sikkerhet i de situasjoner det måtte brukes, eksempelvis for å unngå at pasienten beveget seg for raskt, berørte nyopererte områder eller måtte roes ned. Slike vurderinger gjøres ut fra sykepleierens grunnholdning, som er preget av innlevelse og engasjement. Holdningen skal utgjøre en moralsk og faglig vurdering (Martinsen, 2003b), noe som reflekteres i flere studier der sykepleiere viser et behov for eller ønske om kunnskap til alternativer til tvang (Abraham et al., 2020; de Almeida

Tavares et al., 2015; Hynninen et al., 2015a, 2015b). Dessuten mener Staggs et al. (2017) at sykepleiere er bedre trent til å finne alternativer til fysisk tvang sammenlignet med leger. Til tross for at sykepleieres holdning innebærer å fremme pasientsikkerhet og alternativer til tvang, bemerker Vossius et al. (2015) at mange pasienter med demens legges direkte inn på sykehjem etter et sykehusopphold. Dette er interessant ettersom det er større sannsynlighet for svekket funksjonsnivå ved bruk av tvang sammenlignet med når det *ikke* brukes tvang (Mattison, 2020). Dessuten hindrer tvangsbruk god omsorg overfor personer med demens. Hynninen et al. (2015b) henviser til tidligere studier når de antyder at bruk av tvang kan assosieres med ignoranse i omsorgen for personer med demens (De Bellis et al., 2013; Saarnio & Isola, 2010). Dette understreker viktigheten av at sykepleieres holdning i somatisk sykehus bør dreie seg om kunnskapen til å finne alternative løsninger for tvungen helsehjelp.

I tillegg til betydningen av en sykepleier sine holdninger alene, er fellesskapets kultur sentral for utøvelsen av tvungen helsehjelp. Forskning fremmer viktigheten av støtte til trivsel blant sykepleiere, spesielt i ansvaret for utfordrende pasienter med demens. For å unngå psykisk og fysisk utmattelse bør ansvaret for potensielt tvangsutsatte pasienter varieres på etter initiativ fra sykepleiere selv (Hynninen et al., 2015a). Fellesskapet er i slike situasjoner uunnværlig i sitt bidrag til handlingskløkskap. Eget faglig skjønn må veies opp mot medarbeideres erfaringer og skjønnsmessige vurderinger. Sammen er dette med på å utvikle en som sykepleier. Felles betraktninger gir kunnskap om hvordan en sykepleier skal vurdere og forstå konkrete situasjoner, samtidig som det utvikles en felles forståelse for hva som er riktige og gode handlingsmåter i utfordrende situasjoner (Martinsen, 2003a). Dessuten er bruk av tvang en vanlig kilde til konflikter mellom sykepleier og pasient. Konflikter har en tendens til å bli håndtert på et personlig nivå framfor et profesjonelt nivå, noe som sykepleiere kan oppleve som personlig nederlag (Hynninen et al., 2015a, 2015b). En slik involvering kan være vanskelig å unngå når sykepleieutøvelsen har relasjonen som fundament, og dermed *må* inneholde personlige substanser til en viss grad (Martinsen, 2003b). Kvaliteten i sykepleien tar nemlig utgangspunkt i mellommenneskelige forhold (Haugan, 2014). D'Amour et al. (2014) identifiserer et behov for diskusjoner og åpenhet i situasjoner som involverer tvang, både på organisasjonsnivå, avdelingsnivå og individuelt nivå. Dette understrekes i de yrkesetiske retningslinjene der sykepleiere skal fremme åpenhet og være til støtte for medarbeidere i utfordrende situasjoner (Norsk Sykepleierforbund, 2011). I tillegg skal ansvarlig personell ved tvungen helsehjelp være tilgjengelig for råd, instruksjon og veiledning. Det må tas høyde for at det ikke alltid er sykepleieren eller øvrig helsepersonell med ansvaret for helsehjelpen, som faktisk utfører den (Helsedirektoratet, 2015). I lys av det foregående kan sykepleieren gjennom å dra nytte av gode holdninger og tilgjengelig kunnskap, senke ens personlige involvering og risiko for bruk av tvang, og dermed øke sannsynligheten for alternative tilnærminger. Likevel kreves det en anstrengelse av fellesskapet som helhet, da sykepleieren alene trolig ikke har makten til å endre allmenn kultur for bruk av tvang.



#### **4.1.2 Tvang fra et systemnivå**

Tjenestesystemet i somatiske sykehus viser seg å være vesentlig for sykepleieres utøvelse av tvungen helsehjelp. Systemnivået er den organisatoriske rammen og innbefatter sykehuset som en helhet, der normer og regler, verdier, roller, formalkompetanse, maktmidler, lovverk, økonomiske ressurser, rammebetingelser og strategier er noen av komponentene (Skau, 2013, s. 82). Forskning finner sammenheng mellom sykepleieres utøvelse av tvungen helsehjelp og profesjonsblanding, bemanningsnivå, kunnskapsnivå, retningslinjer og avdelingsforskjeller i somatiske sykehus. Før det tas en nærmere kikk på sammenhengene i underkapitler, er det et interessant aspekt at forskning finner en felles nedgang i bruken av tvang. I løpet av Staggs et al. (2017) sin studieperiode, var det hele 50 % nedgang i utbredelsen av tvang. Sammenlignet med tidligere forskning oppdaget Boltz et al. (2013) en nedgang i utbredelsen av tvang og de Almeida Tavares et al. (2015) det mindre sannsynlig at sykepleiere utøvde tvang. Disse resultatene er i kontrast med Statens Helsetilsyn (2020) sin jevne økning i antall rapporterte tvangstilfeller i Norge. En evaluering av lovgivningen for tvungen somatisk helsehjelp mener imidlertid en forklaring på økningen av tvangstilfeller kan tyde på helsepersonells, og derav også sykepleieres, økte kunnskap om kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven (1999; Viblemo et al., 2013). Likevel antas det at underrapportering fortsatt finner sted (Viblemo et al., 2013).

##### **4.1.2.1 Sykepleieres kompetanse**

Betydningen av kompetanse i utøvelsen av tvungen helsehjelp er tvetydig. Boltz et al. (2013) fant *ingen* signifikant sammenheng med utbredelse av tvang og videreutdanning blant sykepleiere. Sett i sammenheng med Martinsen (2003b) sin sykepleietenkning, som beveger seg bort fra teoretiske tilnærminger, underbygger det Boltz et al. (2013) sine resultater grunnet videreutdanningens teoretiske tyngde. Resultatene står imidlertid i motsetning til Abraham et al. (2020) og Sinvani et al. (2018), som begge fant en nedgang i bruk av tvang ved undervisningsbaserte tilnærminger for å øke kompetansen til sykepleiere. Også de Almeida Tavares et al. (2015) fant sannsynligheten større for bruk av alternativer til tvang overfor eldre der sykepleiere mottok støtte til utdanning fra sykehuset. Det samme gjaldt finske sykepleiere, som antydte at utdanning og undervisning var fordelaktig for å finne alternativer til tvang og å bedre holdningen og tilnærmingen til tvang (Hynninen et al., 2015a, 2015b). Disse studiene fant imidlertid sammenhenger mellom undervisning og utdanning på arbeidsplassen, i motsetning til Boltz et al. (2013) som alene tok for seg videreutdanning. Av den grunn kan en nedgang i bruk av tvang assosieres med høyere grad av praktisk tilnærming, som igjen kan knyttes til Martinsens (2003a) vektlegging av praktisk-moralsk handlingskløkskap.

##### **4.1.2.2 Retningslinjer som veileder**

Betydningen av retningslinjer som veileder for regler og lovverk, er vesentlig ved inngripende situasjoner som tvungen helsehjelp. Retningslinjer skal inneholde informasjon og veiledning til sykepleiere om helsehjelpen som skal gis (Helsedirektoratet, 2012). Det er derfor interessant at flere studier finner mangel på eller et større behov for retningslinjer om bruk av tvang (Abraham et al., 2020; D'Amour et al., 2014; de Almeida

Tavares et al., 2015; Hynninen et al., 2015a, 2015b). Dette er i samsvar med en evaluering av lovgivningen for tvungen somatisk helsehjelp, som viste et særlig mangelfullt kunnskapsgrunnlag vedrørende praktisering og omfang av tvungen helsehjelp i spesialisthelsetjenesten i Norge (Viblemo et al., 2013). Forskning gjenspeiler dette ettersom avgjørelsen om bruk av tvang i stor grad blir gjort etter skjønnsmessige vurderinger (Hynninen et al., 2015a). Faglig skjønn er en stor og viktig del av sykepleien, men teori og prosedyrer skal også være en del av den (Martinsen, 2003a). Med skjønnsmessige vurderinger alene; uten retningslinjer, anerkjent fagkunnskap og allmenngyldige samfunnsetiske normer (Helsedirektoratet, 2012), kan det være vanskelig for sykepleiere å overholde forsvarlighetskravet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-1; Helsepersonelloven, 1999, §4; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §2-2). Forskning antyder at sykepleiere kan ha nytte av og bør søke etter kunnskapsbaserte retningslinjer, ettersom kunnskapen om tvangsbruk er begrenset (de Almeida Tavares et al., 2015; Hynninen et al., 2015b). En kan argumentere for at kunnskapsbaserte retningslinjer i seg selv er et tiltak for å i større grad bruke alternative tilnærminger til tvang, siden slike retningslinjer skal sørge for minst mulig risiko for uønskede utfall (Helsedirektoratet, 2012). Sykepleieres yrkesetiske regler og retningslinjer (International Council of Nurses, 2012; Norsk Sykepleierforbund, 2011) forsterker viktigheten av å sette seg inn i arbeidsstedets retningslinjer og gjeldende lovverk for helsehjelpen, og omtaler dette som et grunnleggende ansvar. Følgelig poengteres det at «sykepleieren deltar aktivt i den offentlige debatt og bidrar til at faglige og etiske vurderinger legges til grunn for sosial- og helsepolitiske beslutninger» (Norsk Sykepleierforbund, 2011, kapittel 6). Dette kan ses i sammenheng med Wikstøl et al. (2021) sine resultater om at det norske lekfolk mener reguleringer *ikke* skal basere seg på hvordan tvang utøves alene, men at det også bør dreie seg om å likestille lidelser framfor å ha forskjellige reguleringer basert på hvilken lidelse en har. Kristoffersen (2016b) antyder at lekfolkets meninger og oppfatninger kan være av nytthet for sykepleieren. Derfor er det rimelig å anta at samfunnets holdninger også påvirker sykepleieres holdning i sin utøvelse av tvungen helsehjelp. Likevel bør en legge sin lit til sykepleieres utøvelse, da sykepleiere har faglig kunnskap og merforståelse pasienter og øvrig lekfolk ikke har (Martinsen, 2003a). Wikstøl et al. (2021) støtter dette i sitt resonnement om at helsepersonell er en av dem i best posisjon til å forstå og evaluere relevante faktorer og implikasjoner for reguleringer som omhandler tvang.

#### **4.1.2.3 Sykepleiebemanning**

Betydningen av sykepleiebemanning, i form av profesjonsblanding og bemanningsnivå, er tvetydig for bruken av tvang. Adekvat profesjonsblanding viser seg å være av større viktighet enn bemanningsnivå (Staggs et al., 2017). Høyere profesjonsblanding er synonymt med høyere kompetanse blant pleiepersonellet (Flodgren & Meneses, 2017). Dette gjenspeiler nok en gang viktigheten av sykepleieres unike kompetanse (Martinsen, 2003a). Til tross for at profesjonsblanding statistisk sett er viktigere enn bemanningsnivå, fant Hynninen et al. (2015a) og Sinvani et al. (2018) det nyttig å leie inn ulike former for fastvakt som et alternativ til bruk av tvang overfor pasienter med demens. Innleie av ekstra personell støttes av Hynninen et al. (2015b) i sin henvisning til De Bellis et al. (2013), som mener tvang ble brukt fordi personalet ikke hadde tilstrekkelig med tid. Samtidig er det verdt å bemerke at Boltz et al. (2013) fant *ingen* signifikant sammenheng for utbredelsen av tvang, hverken når det gjaldt

profesjonsblanding eller bemanningsnivå. På bakgrunn av dette bør det likevel tas hensyn til bemanningen, da sykepleiere i stor grad kunne knyttes til upassende bruk av tvang (D'Amour et al., 2014). I situasjoner der sykepleiere må ty til tvungen helsehjelp, blir de nemlig avhengig av å handle på best mulig måte i en tidspresset her- og nå-situasjon (Martinsen, 2003b).

#### **4.1.2.4 Sykepleieres tilhørighet**

Sykepleieres tilhørighet er av stor betydning for utbredelse, kunnskap og holdninger overfor tvang i somatisk sykehus (D'Amour et al., 2014; de Almeida Tavares et al., 2015; Sinvani et al., 2018). På tvers av avdelinger og sykehus er det atskillige forskjeller når det kommer til normer, verdier, roller, kompetanse, ressurser, strategier og rammebetingelser (Skau, 2013). Staggs et al. (2017) mener en forklaring kan være at enkelte avdelinger har sykere pasienter og derfor bruker tvang hyppigere, sammenlignet med avdelinger med friskere pasienter. Dessuten tyder variasjonene på at det er behov for en bedre forståelse av faktorer som utgjør disse forskjellene, både på systemisk, organisatorisk og individuelt nivå (D'Amour et al., 2014).

## **4.2 Metodediskusjon**

Metodediskusjonen er en drøfting av litteraturstudiens styrker og svakheter.

### **4.2.1 Styrker**

Litteraturstudien er utformet etter Evans (2002), Forsberg og Wengström (2013) og Liberati et al. (2009) sine anerkjente veiledere for systematiske litteraturstudier. Hovedsakelig baserer litteraturstudien seg på primærlitteratur, som viser kritisk sans og selvstendighet i bruken av den. Som helhet er litteraturstudien framstilt for veileder i to omganger underveis i prosessen for kritisk og veiledende gjennomgang med følgelig revidering. Forskningslitteratur er av ulik design, som samlet gir en bred og dyp forståelse av litteraturstudiens tematikk. De kvalitative studiene utforsker tanker, erfaringer og meninger (Dalland, 2020), noe som er fordelaktig i undersøkelsen av holdninger til sykepleiere (Hynninen et al., 2015a, 2015b). De kvantitative studiene viser bred kunnskap i form av mengder i et større omfang (Dalland, 2020), som er fordelaktig ved utforsking av organisatoriske rammer blant sykepleiere (Boltz et al., 2013; D'Amour et al., 2014; de Almeida Tavares et al., 2015; Sinvani et al., 2018; Staggs et al., 2017; Wikstøl et al., 2021). Oversiktsartikkelen viser hvilke faktorer som har høy konsensus i ulike studier og hva som er felles for disse samlet (Abraham et al., 2020; Dalland, 2020). Dessuten omfatter oversiktsartikkelen alle land, og viser dermed samlede internasjonalt funn og majoriteter (Abraham et al., 2020). Studiene er utvalgt etter nasjonale sjekklistor og systematiske søk i anerkjente databaser for å kritisk vurdere forskningslitteraturen (*Sjekklistor*, 2016). Søkenes søkeord besto av en rekke synonymer og lignende begreper på norsk, svensk, dansk og engelsk, for å omfatte flest mulig studier og ikke overse relevant forskning. Likevel ga søkene få treff, som var fordelaktig i og med man fikk lest alle sammendrag før utvelgelsen av forskningsartikler. Studiene er

begrenset til å være nyere enn ti år for at resultatene skal være i samsvar med dagens problemstillinger. For å opprettholde samstemmig forståelse og overensstemmelse med begreper, er det kun brukt studier fra vestlige land.

#### 4.2.2 Svakheter

Forskningslitteraturen er valgt ut gjennom systematiske søk. Imidlertid viste databasene få treff, som tyder på et kunnskapshull i forskningslitteraturen om tvangsbruk i somatiske sykehusavdelinger. Søkene ga ingen treff på norske studier som inkluderte både tvang, somatisk sykehus og eldre med kognitive funksjonsnedsettelse. Dette svekker litteraturstudiets kredibilitet med tanke på et begrenset utvalg litteratur og internasjonale forskjeller innen lovverk, kultur og tjenestesystemer. Samtlige studier er engelskspråklig, der betydelige språknyanser og fagterminologi kan være mistet i oversettelsen. Videre forsker noen av studiene på tvang overfor alle pasienter, og er ikke spesifikt avgrenset til eldre med kognitiv funksjonsnedsettelse (Abraham et al., 2020; D'Amour et al., 2014; de Almeida Tavares et al., 2015; Staggs et al., 2017; Wikstøl et al., 2021). Viktige elementer om litteraturstudiets pasientgruppe i forhold til tvang, er dermed risikert utelatt. Eldre med kognitiv funksjonsnedsettelse er for øvrig en bred pasientgruppe med individuelle forskjeller (Helsedirektoratet, 2017). Funnene kan derfor være avvikende for noen typer nedsettelse. Med hensyn til funnene til D'Amour et al. (2014) vedrørende tvang og tilskrivelse til sykepleie, må en stille seg betenkelig til resultatene da det er sykepleiere som forordner tvang i deltakende avdelinger. Det samme gjelder evalueringen av pasient og brukerrettighetslovens (1999) kapittel 4A, som er ni år gammel og kan av den grunn være misvisende overfor potensielle evalueringer i 2021 (Viblemo et al., 2013). Det er for øvrig ikke funnet nyere lignende evalueringer.

Tematikken «tvungen helsehjelp» er kompleks med omfattende faglige, juridiske og etiske problemstillinger, som krever høy kompetanse innen feltet for å dekke all kunnskap og samtlige nyanser korrekt. Litteraturstudien har ikke undersøkt hvordan en skal begrense eller forbedre bruken av tvang i somatiske sykehus, men har vinklet fokuset mot å finne faktorene som er av betydning for dette. Videre er litteraturstudiets funn knyttet opp mot én sykepleieteori alene. Mange sykepleieteorier er motstridende, det er derfor ingen selvfølge at litteraturstudien konkluderer riktig. Et av inklusjonskriteriene er «sykepleieperspektiv», men en av studiene er vinklet fra pasientperspektivet (Hynninen et al., 2015b). Dette er imidlertid et forsøk på å underbygge viktigheten av sykepleieperspektivet ut fra studiens enkelte funn vedrørende sykepleieutøvelsen, men den kan være en svakhet opp mot resterende studier. Noe sekundærlitteratur er brukt i form av pensum fra sykepleierutdanningen, grunnet anvendelige meninger og sammenfatninger gjort i denne litteraturen. At disse er anvendelig og tilgjengelig, er ikke enstydig med god kildekritikk. Ikke minst har litteraturstudien begrensninger i form av antall ord, arbeidstimer og forskningsartikler, som gjør det vanskelig å inkludere et større omfang litteratur enn det presenterte. Avslutningsvis skal en litteraturstudie være objektiv, likevel er det umulig å garantere et utelukkende objektivt synspunkt. En forfatters subjektivitet vil unngåelig ha en viss påvirkning i hvilken og hvordan litteraturen vektlegges og videreformidles.

### 4.3 Konklusjon

Et økende antall eldre i samfunnet, gjør viktigheten av sykepleieres faglige, etiske og juridiske tilnærminger ved bruk av tvungen helsehjelp signifikante. Litteraturstudiens funn viser at bruk av tvang er komplekst, der samspillet av faktorer på person- og systemnivå er avgjørende for utøvelsen av tvang overfor eldre med kognitive funksjonsnedsettelse i somatisk sykehus. Disse faktorer baserer seg på sykepleieres forhold til egne holdninger, fellesskapets kultur, kompetanse, bemanning, retningslinjer og lovverk. Overordnet for alle disse punktene er at sykehuset som organisasjon må legge til rette for at sykepleiere skal kunne utvikle og tilpasse seg under hver av punktene, ettersom forskjellene for bruk av tvang er betydelig basert på sykepleieres tilhørighet. Forskning viser en synkende utvikling i bruk av tvang, der sykepleiere fremmer alternativer til tvang overfor eldre med kognitiv funksjonsnedsettelse. Denne trenden kan tyde på at innsatsen mot reduksjon av tvang er blitt møtt med noe suksess i vestlige land. Imidlertid er det interessant at frekvensen for bruk av tvang i somatikken i Norge, er motstridende. Funnene i litteraturstudien identifiserer et stort behov for mer forskning som inkluderer både tvungen helsehjelp, eldre med kognitiv funksjonsnedsettelse og somatisk sykehus. Et større fokus på tematikken vil kunne skape en økt forståelse for hva sykepleiere har behov for i målet om større bruk av alternative metoder, og dermed snu Norges økende trend for bruk av tvang i fremtiden.

# Referanser

- Abraham, J., Hirt, J., Kamm, F. & Möhler, R. (2020). Interventions to reduce physical restraints in general hospital settings: A scoping review of components and characteristics. *Journal of Clinical Nursing*, 29(17-18), 3183-3200.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.15381>
- Aldring og helse. (2020). *Håndbok – Demens på sykehus*. Forlaget aldring og helse.
- Almås, H., Stubberud, D.-G., Grønseth, R. & Toverud, K. C. (2016). *Klinisk sykepleie : 1* (5. utg., Bd. 1). Gyldendal akademisk.
- Boltz, M., Capezuti, E., Wagner, L., Rosenberg, M. C. & Secic, M. (2013). Patient safety in medical-surgical units: can nurse certification make a difference? *Medsurg Nursing*, 22(1), 26-32, 37.
- Chapman, R., Perry, L., Styles, I. & Combs, S. (2009). Consequences of workplace violence directed at nurses. *British Journal of Nursing*, 18(20), 1256.  
<https://www.proquest.com/scholarly-journals/consequences-workplace-violence-directed-at/docview/199419492/se-2?accountid=12870>
- D'Amour, D., Dubois, C. A., Tchouaket, E., Clarke, S. & Blais, R. (2014). The occurrence of adverse events potentially attributable to nursing care in medical units: cross sectional record review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(6), 882-891.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.10.017>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- de Almeida Tavares, J. P., da Silva, A. L., Sá-Couto, P., Boltz, M. & Capezuti, E. (2015). Portuguese nurses' knowledge of and attitudes toward hospitalized older adults. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(1), 51-61.  
<https://doi.org/10.1111/scs.12124>
- De Bellis, A., Mosel, K., Curren, D., Prendergast, J., Harrington, A. & Muir-Cochrane, E. (2013). Education on physical restraint reduction in dementia care: A review of the literature. *Dementia*, 12(1), 93-110.  
<https://doi.org/10.1177/1471301211421858>
- Eide, H., Eide, T. & Eide, E. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner : personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22-26.
- Flodgren, G. & Meneses, J. (2017). *Ufaglært personell, profesjonsblanding, kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene: en kartleggingsoversikt. [Unskilled personnel, skill mix, quality of care and patient safety in the healthcare services: a mapping review]* (987-82-8082-888-0). Folkehelseinstituttet - Område for helsetjenester. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/ufaglart-personell-mm-rapport-2017.pdf>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (3. utg.). Natur & kultur.
- Gleditsch, R. F., Thomas, M. J. & Syse, A. (2020). *Nasjonale befolkningsframskrivninger 2020: Modeller, forutsetninger og resultater*. Statistisk sentralbyrå.  
<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/attachment/422992>
- Haugan, G. (2014). Helsefremmende interaksjon. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 199-215). Cappelen Damm Akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2005-2006). *Om lov om endringer i pasientrettslova og biobanklova (helsehjelp og forskning – personar utan samtykkekompetanse)*.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/db63e45e72174d87ba70cf46c48fad17/n-no/pdfs/otp200520060064000dddpdfs.pdf>

- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2020-06-19-78). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2012, 01. oktober 2012). *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer [nettdokument]*. Helsedirektoratet. Hentet 07. mai fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer>
- Helsedirektoratet. (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer* (Rundskriv). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer>
- Helsedirektoratet. (2017, 03. januar 2020). *Nasjonal faglig retningslinje for demens [nettdokument]*. Helsedirektoratet. Hentet 15. april fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>
- Helsedirektoratet. (2020). *Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten* (IS-2957). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samdata-spesialisthelsetjenesten>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-2020-12-04-134). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Hynninen, N., Saarnio, R. & Isola, A. (2015a). The care of older people with dementia in surgical wards from the point of view of the nursing staff and physicians. *Journal of Clinical Nursing*, 24(1-2), 192-201. <https://doi.org/10.1111/jocn.12669>
- Hynninen, N., Saarnio, R. & Isola, A. (2015b). Treatment of older people with dementia in surgical wards from the viewpoints of the patients and close relatives. *Journal of Clinical Nursing*, 24(23-24), 3691-3699. <https://doi.org/10.1111/jocn.13004>
- International Council of Nurses. (2012). *The ICN Code of ethics for nurses*. International Council of Nurses. [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012\\_ICN\\_Codeofethicsfornurses\\_%20eng.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf)
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2014). *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2020). *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten* (3. utg.). Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J. (2016a). *Grunnleggende sykepleie : B. 1 : Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., Bd. 1). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016b). Helse og sykdom - utvikling og begreper. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende Sykepleie : B. 1 : Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., Bd. 1, s. 29-87). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? : Sykepleie - fag og funksjoner. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie : B. 1 : Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., Bd. 1, s. 15-28). Gyldendal akademisk.
- Law Insider. (u.å.). *Inappropriate behavior definition*. Law Insider. Hentet 25. mai fra <https://www.lawinsider.com/dictionary/inappropriate-behavior>
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J. & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ*, 339, b2700. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2700>
- Martinsen, K. (1990). Omsorg i sykepleien : en moralsk utfordring. I K. Jensen (Red.), *Moderne omsorgsbilder* (s. 61-97). Gyldendal.
- Martinsen, K. (2003a). *Fra Marx til Løgstrup : om etikk og sanselighet i sykepleien* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003b). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Mattison, M. (2020, 13. oktober 2020). *Hospital management of older adults*. UpToDate. Hentet 15. april fra [https://www.uptodate.com/contents/hospital-management-of-older-](https://www.uptodate.com/contents/hospital-management-of-older-older-)

[adults?search=restraint&source=search\\_result&selectedTitle=5~81&usage\\_type=default&display\\_rank=5](#)

- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Norsk Sykepleierforbund. Hentet 20. april fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-2020-12-04-134). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-2019-06-21-48). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62>
- Sayers, A. (2007). Tips and tricks in performing a systematic review. *The British Journal of General Practice*, 57(542), 759-759. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2151802/>
- Sinvani, L., Warner-Cohen, J., Strunk, A., Halbert, T., Harisingani, R., Mulvany, C., Qiu, M., Kozikowski, A., Patel, V., Liberman, T., Carney, M., Pekmezaris, R., Wolf-Klein, G. & Karlin-Zysman, C. (2018). A Multicomponent Model to Improve Hospital Care of Older Adults with Cognitive Impairment: A Propensity Score-Matched Analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(9), 1700-1707. <https://doi.org/10.1111/jgs.15452>
- Sjekklister. (2016, 03. april 2016). Helsebiblioteket.no. Hentet 5. april fra <https://www.helsebiblioteket.no/249212.cms>
- Skau, G. M. (2013). *Mellom makt og hjelp : om det flertydige forholdet mellom klient og hjelper* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Smittevernloven. (1994). *Lov om vern mot smittsomme sykdommer* (LOV-2021-02-19-4). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1994-08-05-55>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-2020-12-04-134). <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- Staggs, V. S., Olds, D. M., Cramer, E. & Shorr, R. I. (2017). Nursing Skill Mix, Nurse Staffing Level, and Physical Restraint Use in US Hospitals: a Longitudinal Study. *Journal of General Internal Medicine*, 32(1), 35-41. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3830-z>
- Statens Helsetilsyn. (2020). *Årsrapport 2020*. Statens Helsetilsyn.
- Statistisk sentralbyrå. (2021). *10261: Pasienter, behandlinger og liggedager ved somatiske sykehus, etter kjønn, alder og diagnose (F) 2012 - 2020* Datasett. <https://www.ssb.no/statbank/table/10261/>
- Saarnio, R. & Isola, A. (2010). Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional care of older people in Finland. *Journal of Clinical Nursing*, 19(21-22), 3197-3207. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03232.x>
- Tvangsbegrensningsloven*. (2019). Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.
- UN Department of Economic and Social Affairs Population Dynamics. (2019). *2019 Revision of World Population Prospects*. <https://population.un.org/wpp/>
- Viblemo, T. E., Emblem, A. W. & Ellingsen, F. (2013). *Evaluering av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A*. Oxford Research AS. O. R. AS.
- Vossius, C., Sælbæk, G., Ydstebø, A. E., Benth, J. S., Godager, G., Lurås, H. & Bergh, S. (2015). *Ressurs og sykdomsforløp ved demens (REDIC) [Langversjon]*. Alderspsykiatrisk forskningssenter & Sykehuset Innlandet HF. [https://sykehuset-innlandet.no/Documents/REDIC\\_Rapport\\_Fullversjon.pdf](https://sykehuset-innlandet.no/Documents/REDIC_Rapport_Fullversjon.pdf)
- Wikstøl, D., Pedersen, R. & Magelssen, M. (2021). Public attitudes and health law in conflict: somatic vs. mental care, role of next of kin, and the right to refuse treatment and information. *BMC Health Services Research*, 21(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05990-0>
- Østenstad, B. H., Adolphsen, C. & Naur, E. (2018). *Selvbestemmelse og tvang i helse- og omsorgstjenesten* (H. S. Aasen, Red.). Fagbokforlaget.



# Vedlegg

## Vedlegg 1: Prosentandel eldre $\geq 60$ år i somatisk sykehus, Norge, 2020

Statistikk hentet fra Statistisk Sentralbyrå sin Statistikkbank (2021). Tabellnummer 10261: Pasienter, behandlinger og liggedager ved somatiske sykehus, etter kjønn, alder og diagnose (F) 2012-2020.

### Skjermdump 1:

10261: Pasienter, behandlinger og liggedager ved somatiske sykehus, etter region, alder, diagnose: ICD-10-kapittel, statistikkvariabel, år og kjønn

	Pasienter på somatiske sykehus totalt	
	2020	
	Begge kjønn	
F00 Hele landet		
20-39 år		
Antall pasienter eller behandlinger i alt		434 392
40-59 år		
Antall pasienter eller behandlinger i alt		482 821
60-69 år		
Antall pasienter eller behandlinger i alt		262 014
70-79 år		
Antall pasienter eller behandlinger i alt		254 421
80 år eller eldre		
Antall pasienter eller behandlinger i alt		157 144

Valgte tabellavgrensninger: Pasienter på somatiske sykehus totalt. 2020. Hele landet. Begge kjønn. Alle pasienter som er 20 år eller eldre. Antall pasienter eller behandlinger i alt.

### Skjermdump 2:

10261: Pasienter, behandlinger og liggedager ved somatiske sykehus, etter region, alder, diagnose: ICD-10-kapittel, statistikkvariabel, år og kjønn

	Pasienter på somatiske sykehus totalt	
	2020	
	Begge kjønn	
F00 Hele landet		
60-69 år		
Antall pasienter eller behandlinger i alt		262 014
70-79 år		
Antall pasienter eller behandlinger i alt		254 421
80 år eller eldre		
Antall pasienter eller behandlinger i alt		157 144

Valgte tabellavgrensninger: Pasienter på somatiske sykehus totalt. 2020. Hele landet. Begge kjønn. Alle pasienter som er 60 år eller eldre. Antall pasienter eller behandlinger i alt.

### Egne utregninger:

Summerer tallene fra skjermdump 1, som viser det totale antallet voksne pasienter  $\geq 20$  år:  
1 590 792

Summerer tallene fra skjermdump 2, som viser det totale antallet voksne pasienter  $\geq 60$  år:  
673 579

### Prosentandel eldre $\geq 60$ år i somatisk sykehus i Norge, 2020:

$673\,579 (\geq 60 \text{ år}) \div 1\,590\,792 (\geq 20 \text{ år}) \times 100 \% \approx \underline{\underline{42 \% \text{ voksne pasienter} \geq 60 \text{ år}}}$

