



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	24-02-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-04-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)		
SIS-kode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2020 VÅR stord		
Intern sensor:	Christine Øye		

Deltaker

Kandidatnr.: 662

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Er eldreomsorga blitt meir oppgøveorientert enn personsentrert?

Antall ord *: 8990

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på utnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Er eldreomsorga blitt meir oppgåveorientert enn personsentrert?

Has elderly care developed into being more task-oriented than person-centered?

Kandidatnummer: 662

Bachelor i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitskap

Institutt for helse- og omsorgsvitskap

Campus Stord

Rettleiar: Christine Øye

Innleveringsdato: 22.04.20 kl.14.00

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.



Er eldreomsorga blitt meir oppgåveorientert enn personsentrert?



OPTICAL ILLUSION. - Optical illusion depicting either a young woman with her head turned away or an old woman in profile, with her chin tucked into her coat.. [Fine Art]. Retrieved from Encyclopædia Britannica ImageQuest.

https://quest.eb.com/search/140_1644482/1/140_1644482/cite

Bachelor utdanning i sjukepleie

Høgskulen på Vestlandet, campus Stord

Kull 2017

Våren 2020

Antall sider: 36

Antall ord: 8990

Hva ser du, søster?

*Hva ser du, søster, i din stue?
En gammel, sur og besværlig frue,
skjelven på hånden og fjern i blikket,
litt skitt og litt rot der hun har sittet.
Du snakker høyt, men hun hører deg ikke,
hun sikler og hoster, har snue og hikke.
Hun takker deg ikke for alt det du gjør,
men klager og syter, er i dårlig humør.*

*Er det hva du tenker? Er det hva du ser?
Åpne dine øyne og se – det er mer.
Nå skal jeg fortelle deg hvem hun er,
den gamle damen som ligger her.*

*En pike på 10 i et lykkelig hjem,
med foreldre og søsken – jeg elsker dem!*

*En jente på 16 med et hjerte som banker
av håp og drømmer og romantiske tanker.*

*En brud på 20 med blussende kinn,
i mitt hjem eget går jeg lykkelig inn*

*En mor med små barn som bygger et hjem,
mot alt som er vondt, vil hun verne dem.
Og barna vokser med gråt og med latter,
så blir de store, og så er vi atter
to voksne som nyter freden,
som trøster hverandre og deler gleden
når vi blir femti og barnebarn kommer,
som bringer uro og latter hver eneste sommer.*

*Hva ser du, søster? En tung, trett og senil gammel skrott?
– Nei, prøv en gang til, se bedre etter. Se om du kan finne
et barn, en brud, en mor – en kvinne!
Se meg som sitter der, innerst inne!
Det er MEG du må prøve å se – og finne!*

(ndla, 2018)

Samandrag

Bakgrunn: Helsedirektoratet meiner det innan 2040 vil vera 135 000 personar som lever med demens i Noreg. Eg er difor opptatt av å betre omsorga, og eg vil sjå på korleis ein kan redusere bruken av tvang mot personar med demens.

Problemstilling: Korleis kan sjukepleie minske bruken av tvang på ein demensavdeling med hjelp av personsentrert omsorg?

Hensikt: Hensikta med denne oppgåva er å belyse korleis sjukepleie med personsentrert omsorg kan redusere bruken av tvang mot personar med demens. Samtidig vil eg utforske korleis dei kontekstuelle forholda som travelheit og leiarskap påverke utøvinga av personsentrert omsorg.

Metode: Oppgåva byggjer på litteraturstudie. Eg har nytta databasar som SveMed+ og CINAHL. Søkord eg har brukt er tvang, demens, eldreomsorg, personsentrert omsorg, coercion/restraint, person-centred care, geriatric nursing, autonomy og restraint free care.

Resultat: Det å bruke personsentrert omsorg og å danna ein god relasjon med pasientane, kan redusere tvang, men kontekstuelle forhold påverke. I ein travel kvardag blir ofte personale meir oppgåveorientert enn personsentrert.

Konklusjon: Personsentrert omsorg kan redusere bruken av tvang, men det blir påverka av travelheita. Det kan sjå ut som det er naudsynt at politikarane er med på å laga gode overordna retningslinjer som leiarar i institusjonane kan bruke for å oppnå målet om å minske bruken tvang.

Nøkkelord: demens, tvang, personsentrert omsorg, kontekstuelle forhold

Summary

Background: By 2040, the Directorate of Health estimates that there will be 135,000 persons living with dementia in Norway. Therefore, I think it is important to improve care, and reflect on why it is used so much restraint against this patient group.

Research question: How can nursing reduce the use of restraint in a dementia department with the help of person-centered care?

Aim: The purpose of the assignment is to increase the knowledge about the use of person-centered care and how this approach can reduce coercion. Furthermore, I would like to see if contextual factors as limitation of time and leadership influence this.

Method: The thesis is based on a literature study. I have used databases like SveMed + and CINAHL. Keywords used are coercion/restraint, person-centered care, geriatric nursing, autonomy and restraint free care.

Findings: Using person-centered care and forming a good relationship with patients can reduce coercion, but contextual relationships affect. In a busy day, staff are often task-oriented rather than person-centered.

Conclusion: Person-centered care can reduce the use of coercion, but it is influenced by contextual conditions such as limitation of time, leadership and politics. It may look like it is necessary for politicians to help create good guidelines that leaders in nursing homes can use to reduce the use of coercion.

Keywords: dementia, coercion/restraint, person-centered care, contextual conditions

Innholdsliste

1.	Innleiing	1
1.1.	Bakgrunn for val av tema	1
1.2.	Hensikta med oppgåva	1
1.3.	Problemstilling	2
1.4.	Avgrensing og grunngjeving av problemstilling	2
1.5.	Omgrepsavklaring	2
2.	Teori.....	3
2.1.	Tvang.....	3
2.2.	Lovverket i forhold til tvang (4A).....	3
2.3.	Demens.....	4
2.4.	Personsentrert omsorg	5
2.5.	Sjukepleiarteoretisk perspektiv (Kari Martinsen)	6
3.	Metode	7
3.1.	Litteraturstudie som metode	7
3.2.	Framgangsmåten.....	7
3.3.	Kjeldekritikk.....	9
3.4.	Metodekritikk	10
3.5.	Forskingsetikk	10
4.	Resultat.....	11
4.1.	Samandrag av artikkel 1	11
4.2.	Samandrag av artikkel 2	12
4.3.	Samandrag av artikkel 3	12
4.4.	Samandrag av artikkel 4	13
4.5.	Samandrag av artikkel 5	14
4.6.	Samandrag av artikkel 6	15
4.7.	Oppsummering av hovudfunna	15
5.	Drøfting	16
5.1.	Personsentrert omsorg	16
5.1.1.	Danne god relasjon	17
5.1.2.	Ulike personsentrerte tilnærmingar	18
5.2.	Kontekstuelle forhold	19
5.2.1.	Adekvat bemanning med kunnskap.....	19
5.2.2.	Travelheit.....	20
5.2.3.	Leiarskap, kultur og politikk	21
6.	Avslutning/Konklusjon	22
	Litteraturliste	24
	Vedlegg.....	28

1. Innleiing

1.1. Bakgrunn for val av tema

Det er ein nasjonal satsing å redusere tvang. I Demensplan 2020 blir det lagt vekt på at ein må etablere tillitsfulle relasjonar som prøvar å forstå pasientane sine kulturelle, åndelige og eksistensielle behov for å redusere tvang. Den påpeiker viktigheita av kontinuerlege diskusjonar om praksis, rettleiing og opplæring for å utvikle tilsette sin bevisstheit og metodar som kan hindre bruken av tvang. Når demensplanen er gjennomført i 2020 er målet at det medisinske og helsefaglege tilbodet til personar med demens skal vera styrka. Demensplan 2020 skriv at for å utvikle gode tenester er god leiing avgjerande (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Personsentrert omsorg er ein tilnærming som blir vektlagt for å redusere tvang.

Eg har både arbeida og vore i praksis på ulike demensavdelingar der tvang blei utøvd. Grunnen til at eg ynskjer å skrive om dette temaet er fordi eg vil bli meir reflektert og bevisst rundt bruken av tvang. Eg har opplevd pasientar der eg forstår det kan vera naudsynt å bruke tvang, men eg har og vore i situasjonar der eg meiner tvang kunne vore unngått. Ofte følar eg pasientar ikkje får ein sjanse, men blir handtert med tvang fordi rutiane er slik. Til dømes har eg opplevd situasjonar der pleiarar alltid vil gå to i lag for å stelle ein pasient. Ofte utan å ha prøvd åleine eller med andre alternativ først. Både før og etter har eg stelt desse pasientane åleine. Eg personleg har opplevd at det ofte kan vera betre å vera åleine, men at eg då må halde roa og ta meg god tid. Kari Martinsen beskriv dette godt og seier «Pleien tar den tida det tar» (Fonn, 2019). Dersom dette er pasientar som ikkje blir valdeleg, for kven sin skuld er det då at ein alltid velje å gå to i lag til stellet? Blir tvang brukt fordi ein ikkje har tid til å «forhandle»? I ein slik situasjon blir to pleiarar opptatt, men dersom ein pleiar går inn og tar seg god tid så vil jo den andre vera tilgjengeleg for andre oppgåver, er det då så tidseffektivt? Eg undrar meg over om det er blitt slik at tidseffektiviteten tar oss og me som pleiarar blir meir oppgåveorientert enn personsentrert. Med andre ord, er det blitt slik at me er meir opptatt av å bli ferdig enn å sjå kvar enkelt person?

1.2. Hensikta med oppgåva

Hensikta med denne oppgåva er å belyse korleis sjukepleie med personsentrert omsorg kan redusere bruken av tvang mot personar med demens. Samtidig vil eg utforske korleis dei

kontekstuelle forholda som travelheit og leiarskap påverke utøvinga av personsentrert omsorg.

1.3. Problemstilling

Korleis kan sjukepleie minske bruken av tvang på ein demensavdeling med hjelp av personsentrert omsorg?

1.4. Avgrensing og grunngeving av problemstilling

Eg har valt å avgrense denne oppgåva til personar som bur på institusjon på demensavdeling. Kva demensdiagnose pasientane har er ikkje tatt stilling til, fordi tvang er ikkje knytt til ein spesifikk diagnose. Det er knytt til ein tilstand dei fleste demente erfarer som agitasjon og apati (Rokstad, 2020, s.197). Sidan eg fokuserer på personsentrert omsorg i høve til den enkelte person vil difor ikkje diagnosen vera relevant. Vidare har eg valt å fokusere på kontekstuelle forhold som travelheit, og leiarskap, for å sjå korleis dei påverke det å redusere bruken av tvang.

1.5. Omgrepsavklaring

Tvang

Tvang kan bli definert som helsepersonell som føretar inngrep mot pasientens vilje, enten viljen er klart uttrykt eller at pasienten protesterer og viser motstand (Nordtvedt, 2016, s.166).

Demens

Demens er eit klinisk symptombilete som karakteriserast med gradvis forverring av kognitiv og praktisk svikt, og aukande førekomst av nevropsykiatriske symptom (Rokstad, 2014, s.10). Dette kan føre til bruk av tvang.

Personsentrert omsorg

Personsentrert demensomsorg er ein tilnærming for å redusere tvang. Den har som mål å anerkjenne personen sin verdi i alle aspektar av behandlinga. Dette innebere at omsorga og omsorgsmiljøet må bli personleggjort for å møte den enkelte sitt behov. Omsorgsgivar må difor anstrenge seg for å forstå utfordrande åtferd frå pasienten sitt ståstad (Rokstad, 2014, s.29).

2. Teori

2.1. Tvang

Når pasienten ikkje har samtykke må helsepersonell ta helserelevante avgjerla på vegne av pasienten. Tvang er at helsepersonell føretar inngrep mot pasientens vilje, enten viljen er klart uttrykt eller at pasienten protestere og viser motstand (Nordtvedt, 2016, s.166). I følge Swijsen et al. (referert i Øye, Jacobsen & Mekki, 2017) kan tvang definerast som «avgrensing av fridom» eller «invasjon av privatliv». Ein norsk undersøking viste at over 40% av dei som bur på institusjon opplever å bli utsatt for tvang i løpet av ei veke (Smeby & Johnsen, 2020, s.245).

Tvang mot eldre på sjukeheimar blir brukt på to hovudområde. Enten for å førebygge at opphissa demenspasientar skal skada seg sjølv eller andre, eller for å sikre at pasientane får den behandlinga dei skal ha. Det kan og vera for å hindre at dei faller (Kirkvold, referert i Øye, Mekki, Skaar, Dahl, Forland & Jacobsen, 2015). Tvangsbruken kan bestå av å holde pasientane fast for å kunne dekke deira grunnleggjande behov for mat, drikke, personleg stell og hygiene. I den daglege situasjonen på ein demensavdeling kan det vera behov for å avgrense rørslefridom for å forhindre at pasienten sett seg sjølv i fare. Det kan og vera behov for bruk av ulike tvangsmidlar for å beskytte pasienten mot seg sjølv eller andre. Det kan vera tvangsmedisinering, selektive låsesystem, sengehest, belter, og diverse overvakingssystem for å følge med og stoppe pasienten (Molven, 2017, s.128). Ei anna årsak kan vera mangel på kunnskap hos pleiarar. Det kan og vera dårlege rutinar, og rutinar som ikkje er tilpassa kvar enkelt pasient. Både åleine og kombinert kan desse årsakene gjera samarbeidet vanskeleg og konfliktfylt og av den grunn vera med på at ein utøver tvang ovanfor pasientane (Brodtkorb, 2018, ss.176-177).

2.2. Lovverket i forhold til tvang (4A)

Det er heimel for å bruke tvang i nokre tilfelle. Dette avhenger av om pasienten reknast som samtykkekompetent. Kven som er det er ikkje alltid opplagt. Helsepersonell må med tvil ta stilling til om pasienten er det eller ikkje, og det skal alltid forsøkast å nå fram til ein pasient frivillig før tvang eventuelt blir brukt. I pasient- og brukerrettighetsloven §A4-3 står det at ein kan gi helsehjelp til tross for motstand dersom unnlatning av helsehjelp vil føre til vesentleg helseskade hos pasient, at helsehjelpa sjåast som naudsynt og/eller at tiltaka står i høve til behovet for helsehjelp. Det skal berre gis helsehjelp når det etter ein heilheitsvurdering

framstår som den klart beste løysninga for pasienten. I vurderinga skal det leggjast vekt på graden av motstand og om det i nær framtid kan forventast at pasienten vil kunne attvinne sin samtykkekompetanse (Molven, 2017, ss.127-128).

Det står vidare i kapittel §4A-4 at dersom alle vilkåra over er oppfylt kan det bli gjennomført helsehjelp med tvang eller andre tiltak for å unngå motstand frå pasienten (Molven, 2017, ss.127-128). Vidare seier pasient- og brukerrettighetsloven (2009, §4A-5) at det deretter må lagast eit vedtak som skal bli godkjent av fylkesmannen, og som då er godkjent for eit år. Lovteksten om tvang er generelt utforma og gir ikkje konkrete føringar for korleis sjukepleiar eller omsorgsarbeidar skal opptre. Det ein kan lese ut i frå lovteksten er at mykje skal vera prøvd av omsorgstiltak og kommunikasjon, før ein går over til tvangsbruk mot ein pasient (Nordtvedt, 2016, s.167).

2.3. Demens

Det er truleg mellom 80 000 og 100 000 som lever med demens i Noreg i dag (Folkehelseinstituttet, 2019). Ein reknar med at 10 000 personar får sjukdomen kvart år (Skovdahl & Berentsen, 2014, s.412). Verdens helseorganisasjon utpeikte i 2012 at demens er i vår tids største folkehelseutfordring, og i følgje Helsedirektoratet vil det stige til rundt 135 000 innan 2040 her i Noreg (Rokstad, 2014, s.10).

Demens er ein paraplynemning på sjukdommar som rammar fleire av hjernens funksjonar. Det er ein progredierende sjukdom, og den som blir ramma, vil fungere dårlegare og dårlegare og til slutt bli heilt avhengig av hjelp frå andre (Skovdahl & Berentsen, 2014, s.411). Demens er eit klinisk symptombilette som karakteriseres med ein gradvis forverring av kognitiv og praktisk svikt. Kognitiv svikt vil sei redusert hukommelse, orienteringsemne, språk, emne til problemløysing, og abstraksjonsemne. Praktisk svikt vil sei aukande problem med å løyse daglegdagse aktivitetar, noko som gjer det vanskeleg å ha eit sjølvstendig liv (Rokstad, 2014, ss.10-11). Åtferdsmessige og kjenslemessige endringar er og ein del av symptoma som opptrer med demens. Symptoma blir ofte omtala som nevropsykiatriske symptom og blir gruppert i psykotiske symptom som vrangførestillingar eller hallusinasjonar, affektive symptom som depresjon, angst og apati, eller agitasjon som aggresjon, oppstemtheit, manglande hemningar, motorisk og vokal uro, og irritabilitet. Symptoma førekjem i varierende grad i alle stadiar av demensforløpet, men har ein tendens til å auke etterkvart som sjukdomen utvikle seg (Rokstad, 2020, s.197). Det å leve med demens kan opplevast svært

ulikt, men mange skildrar det som ei veldig stor påkjenning som igjen fører til mykje usikkerheit og angst. Fleire beskriv ein forvirring og frykt for den gradvise forverringa av svikt dei står ovanfor (Rokstad, 2014, s.11).

2.4. Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg handlar først og fremst om å sjå og møte personar med demens som unike menneske (Rokstad, 2020, s. 52). Det handlar om å bygga opp rundt grunnleggjande sosialpsykologiske behov som identitet, sosial inkludering, tilknytning, stadfesting, trøyst og kjærleik. Det handlar om kven ein er, og ikkje kva sjukdomen har gjort ein til. Det er viktig at kvar enkelt blir sett som den personen dei er og at dei får stadfesting på at dei er viktige og verdifulle. Det er dette som dannar utgangspunktet for personsentrert demensomsorg (Skovdahl & Berentsen, 2014, s.422). Dette inneber at det blir lagt til rette for at personar skal kunne bruke ressursane sine maksimalt, og at dei skal kunne vera sjølvstendige lengst mogleg og bli møtt med respekt for kven dei er, gjennom heile demensforløpet (Rokstad, 2020, s.54).

Det var Tom Kitwood som først brukte omgrepet personsentrert omsorg. Hensikta var å bevare personar med demens si personverd med å forstå verdien som blir gitt til eit menneske i sosiale relasjonar (Rummelhoff, Smeby & Tombre, 2016, s. 42). Når ein møter pasientar med demens er det viktig at omsorgsgjevaren møter dei opent og ærleg (Rokstad, 2014, s.18). Det er mange faktorar som påverkar til utfordrande åtferd, men det kan bli sett på som uttrykk for umøtte behov eller mål. I nasjonal faglege retningslinje om demens blir det lagt vekt på at både organisatorisk nivå og individ nivå kan ha noko å seia for utvikling av utfordrande åtferdsending. På organisatorisk nivå blir det lagt vekt på at utfordrande åtferd kan førebyggjast med bruk av personsentrert omsorg (Rokstad, 2020, s.200). For å gi god pleie og omsorg er det viktig at det er ein velfungerande relasjon mellom pleiar og pasient. Behovet for tilknytning er grunnleggjande for menneske, men spesielt for nokon med kognitiv svikt (Skovdahl & Berentsen, 2014, s.422). Kommunikasjon er det som gir næring til relasjonar, og som står veldig sentralt i personsentrert omsorg. Å bruke alle moglegheit til å formidle aksept og likeverd bidrar positivt til ein vellykka kommunikasjon (Rokstad, 2014, s.42). Det å skape ein god relasjon innebere å ha emne til empati, varme, tolmod, kunnskap, fleksibilitet og eit positivt menneske syn. Når ein skal forstå ein person med demens må ein sjå meininga bak vedkommande sin åtferd like mykje som ytringane (Rokstad, 2014, s.38). Forhandling og samarbeid er vesentlig for å etablere ein god relasjon. Forhandling handlar om å lære pasienten sine preferansar, ønskjer og behov i staden for å leggje opp behandlinga basert på

kva ein trur vil vera best for vedkommande. Samarbeid omhandle «å arbeide saman» i staden for «å gjere for» (Rokstad, 2014, s.44).

2.5. Sjukepleiarteoretisk perspektiv (Kari Martinsen)

Oppgåva byggjer på Kari Martinsen sin sjukepleieteoretiske perspektiv. Hennas omsorgsteori går ut på at omsorg er eit mål i seg sjølv, og inneberer aktiv handling til det beste for pasienten i daglegdagse situasjonar (Kristoffersen, 2016, ss.26-27). Ho snakkar ikkje direkte om personsentrert omsorg, men ho snakkar om omsorg til personar, og det kan bli trekt mange parallellar der.

I Kari Martinsen si nyaste bok «Bevegelig Berørt» (2018) går ho innpå omgrepet heilag, farleg travelheit og skjønnnet under press. Ho skriv at travelheita og produksjonen miste merksemda mot den heilage endring, det å la seg gripa av rørsle og tonen i endringa frå den andre. Kari Martinsen omtaler sjukepleiaren som ein kaptein på eit skip. Ein metafor for sjukepleiaren sin jobb. Havet er uføreseieleg, og det er kapteinen sin jobb å frakte dei som er ombord trygt øve med å lytte til havet, bruke teknologien og følgje sansane sine. Dersom kapteinen sitt blikk er retta mot å trosse havet og reiskapar blir brukt for å forsøke å «befale» havet, vil skipet stampe mot det oppkava havet, kastes her og der, miste kursen og kanskje havarera. Om skipet derimot blir ført med ei stø og sikker hand i samarbeid med havet og kreftene til havet, vil passasjerane merke det. Det vil vera som om skipet blir boren på bølgene som vil slå meir varsamt mot skipssida, og passasjerane kan få ei kjensle av å bli tatt hand om, i det stormfulle havet.

Vidare skriv Martinsen (2018) at det er dokumentert at sjukepleiarar springer hurtigare og meir enn nokosinne. Det blir stadig fleire oppgåve som skal utførast på kortare tid, for å få opp produksjon. Paradokset er at å skunde seg meir, for å få meir tid, gjer at ein ikkje får meir tid, men at det både gir ineffektivitet og aukar sjansen for å gjera feil. I den hektiske travelheita blir det lita tid for å bruke sansane sine til å sjå og føle stemninga i eit pasientrom. Dei profesjonelle blir underkasta samfunnsskapt pålegg som kan vera i djup motstrid med deira eiga forståing som fagpersonar. Noko som medfører at lydigheita mot klokka presser sjukepleiaren bort frå lydigheita mot pasienten sine hjerteslag. Travelheita gjer at sjukepleiar ikkje fornemme stemninga i rommet, og gjer at ho ikkje klarer å bruke fantasien til å sette seg inn i pasienten sitt ståsted. Og Martinsen spør: Er det mogleg å merke det heilage og det

sårbare i helsevesenets, når det er den menneskeskapte tid med sin hastighet, og objektivering som synast å ha fått fotfeste i romma?

3. Metode

3.1. Litteraturstudie som metode

I mi oppgave skal eg bruke litteraturstudie som metode. Ein litteraturstudie er ein studie som systematiserer kunnskap frå skriftlege kjelder. Det å systematisere innebere å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt samanfatte den (Thidemann, 2017, ss.79-80). Litteraturstudie som metode kan bli utført på fleire forskjellige måtar, men det er krav om at det skal innehalde problemstilling og formål, søk, gjennomgang, analyse og diskusjon av materialet (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s.63).

3.2. Framgangsmåten

For å finne relevant litteratur i forhold til problemstillinga mi har eg brukt ulike helsefaglege databasar som eg har fått tilgang til gjennom Høgskulen på Vestlandet. Eg har nytta CINAHL og SveMed+ til å finne litteratur. Framgangsmåten min har vore å finne ulike søkeord som er relevante i forhold til problemstillinga, og deretter prøvd å kombinere desse. Eg har brukt PICO som framgangsmåte for å finne ulike søkeord. Det er eit skjema der ein dele opp problemstillinga og definera søkeord knytt til ulike delar (Thidemann, 2017, s.86-87). Eg har då valt å søke på kvart enkelt ord, før eg har tatt “or” mellom dei orda som tilhøyra same del, og “and” mellom orda eg vil kombinere. På CINAHL brukte eg engelske søkeord som «dementia», «institution», «Coercion», «restraint», «person-centred care», «geriatric nursing», «autonomy» og «Restraint free care». På SveMed brukte eg norske søkeord som tvang, demens, eldreomsorg, og personsentrert omsorg. Vidare på eit av søka avgrensa eg med å velje at eg berre ville ha artiklar frå dei siste ti åra. Eg har av den grunn valt artiklar på norsk eller engelsk, som er fagfelleurdert, godkjent av etisk komité, følger IMRaD-struktur og er sjukepleieaktuelle.

Artikkel 1:

Eg fekk ein artikkel frå rettleiaren min «Facilitating change from a distance – a story of success? A discussion on leaders’ styles in facilitating change in four nursing homes in Norway» av Øye, Mekki, Jacobsen og Førland (2016).

Artikkel 2:

Eg fant ein kryssreferanse i ei bacheloroppgåva frå 2017. Den omhandla korleis sjukepleiar kunne førebygge bruken av tvang hos personar med demens. Den diskuterte korleis ein førebygge tvang med å sjå heile menneske og ikkje berre diagnosen. Den tok og opp korleis tid og ressursar kan vera ein utfordring opp mot det. ««Like a Dance»: Performing Good Care for persons with dementia living in institutions» av Helleberg og Hauge (2014).

Artikkel 3:

Søk i CINAHL 24.02.2020			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensing (limit)	Resultat (antall)
1	Dementia		57, 386
2	Institution		31 078
3	1 and 2		188
4	Coercion		2854
5	3 and 4		0
6	1 and 4		19

Søk nummer 6 gav treff på artikkelen «How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study.» av Gjerberg, Hem, Førde & Pedersen (2013).

Artikkel 4:

Søk i SveMed+ 25.02.2020			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensing (limit)	Resultat (antall)
S1	eldreomsorg		710
S2	demens		1996
S3	tvang		270
S4	S1 or S2		2660
S5	S3 and S4		23

På søk nummer 5 fant eg artikkelen «Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang» av Hem, Gjerberg, Pedersen og Førde (2010).

Artikkel 5:

Søk i CINAHL 25.02.2020			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	dementia		115,329
S2	restraint		16,184
S3	coercion		5,710
S4	Person-centered care		27,265
S5	S2 or S3		21,710
S6	S1 and S4 and S5		11

På søk nummer 6 fant eg artikkelen «Bridging theory and practice: Imagination, the body, and person-centred dementia care» av Kontos og Naglie (2007).

Artikkel 6:

Søk i CINAHL 28.02.2020			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	dementia		57,433
S2	Restraint free care		40
S3	Person centered*		3,000
S4	restraints	Publisert: 20100101-20200131	4,104
S5	S2 or S3		3,038
S6	S1 and S4 and S5		12

På søk nummer 6 fant eg artikkelen «Nursing home care for people with dementia: Update of the design of the Living Arrangements for people with Dementia (LAD)-study.» av Prins, Willemse, Heijkants og Pot (2019).

3.3. Kjeldekritikk

Kjeldekritikk handlar om å finne fram til litteratur som belyse problemstillinga, og deretter gjer greie for den litteraturen ein har valt. For at oppgåva skal vera truverdig og fagleg må ein tydeleg viser kvifor ein har valt den bestemte litteraturen og korleis utvalet blei gjort (Dalland, 2017, s.153). Det er viktig å vurdere dei ulike artiklane ut i frå gyldigheit, metodisk kvalitet, resultata og overføringsevne. Sentralt i all forskning er å samle inn data, som samlast inn med høvesvis kvalitative og kvantitative metodar (Christoffersen, Johannessen, Tufte &

Utne, 2015, s.18). Forskjellen på disse to er at kvalitativ fokuserer på å fange opp meninga og opplevinga som ikkje lar seg talfeste eller måle. Kvantitativ metode derimot gir data i form av målbare einingar (Dalland, 2017, s.52). Det er laga sjekklister som gjer det lettare å kritisk vurdere den metodiske kvaliteten (Helsebiblioteket). Fem av artikkelane mine er kvalitativ metode, og oppfyller alle krava. Den siste artikkelen er ein tverrsnittstudie og inneheld både kvalitativ og kvantitativ metode, difor har eg valt å bruke sjekklister for tverrsnittstudie. Eg synast ein sånn artikkel kan styrke oppgåva mi då den både viser omfanget og går i djupna (Sjå vedlegg for å sjå sjekklister og oversiktstabell).

Den eldste artikkelen min er frå 2007. Den er ikkje norsk og omfatte difor ikkje lovverket. Alle artikkelane frå Noreg er frå etter det nye lovverket kom i 2009. Artikkel 2, 3, 4 og 5 handlar ikkje direkte om å redusere tvang, men er relevante i forhold til personsentrert omsorg. Artikkel 1 og 6 er relevant i forhold til kontekstuelle forhold rundt personsentrert omsorg. Fem av artikkelane er skrivne på engelsk, og sjølv om eg har prøvd å omsetje etter beste emne kan mistolking av studiane ha oppstått, noko som kan ha svekka innhaldet.

3.4. Metodekritikk

For å finne relevante forskingsartiklar har eg søkt i databasar som CINAHL og SveMed+. Då eg leita etter artiklar leste eg først oversikt og samandraget, og viss dette var relevant i forhold til problemstillinga mi leste eg heile artikkelen. Eg har valt å bruke ulike engelske ord som «coercion», og «restraint» som begge betyr tvang og av den grunn utvide søket mitt. Eg har vurdert alle artikkelane som relevante i forhold til mi problemstilling, og har valt desse då eg syns dei gir interessante synspunkt opp mot problemstillinga mi.

3.5. Forskingsetikk

Alle som driv med forskning innan helsefaga må gjer det etisk forsvarleg. Dette er regulert av Helsinkideklarasjonen (2013) og hensikta er å beskytte pasientar mot farar som følgje av forskning, der det informerte samtykke står sentralt. I Noreg er det regionale komitear for medisinsk og helsefagleg forskningsetikk (REK) som forvalte og godkjenne den etiske forsvarlegheita (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, ss. 43-44).

Alle som deltok i dei seks ulike studiane blei spurt om å vera med og deltok frivillig. Alle artikkelane hadde skriftleg samtykke utanom artikkel 4, dette stillar eg meg kritisk til då det kan

bli stilt spørsmål til om alle deltagarane viste kva dei deltok i. Alle artiklane er etisk godkjent og dei utanlandske har følgd dei vesentlege etiske retningslinjene.

4. Resultat

4.1. Samandrag av artikkel 1

Øye, Mekki, Jacobsen & Førland (2016) *Facilitating change from distance – a story of success? A discussion on leaders' style in facilitating change in four nursing homes in Norway.*

I denne studien er det brukt kvalitativ metode. Dei har valt seg ut fire sjukeheimar som har vore med på undervisning for å redusere tvang. Grunnen til at desse fire blei valt var fordi to av dei hadde lite eller ingen endring etter undervisning, medan to av dei hadde ein del endring etter. I tillegg hadde dei ulik mangfald av leiarstilar og leiarnærvær. Hensikta med studien var å sjå korleis kontekstuelle forhold som ulike leiarstilar påverke kunnskapsutnyttinga av undervisningen. Bakgrunnen er at ingen tidlegare studiar har sett på korleis relasjonen mellom leiarar og personale påverkar endringar på sjukeheimar.

Studien visar at ulike leiarstilar påverkar det å leggje til rette for endring på sjukeheimar. På sjukeheim 1 og 2 var det liten eller ingen endring etter undervisningen. Sjukeheim 3 var ein av dei sjukeheimane som hadde mest reduksjon av tvang etter undervisning. Her hadde leiaren vore deltakande under undervisningstimane, men ikkje ute i pleia. Ho lagde ein formell plan basert på tilbakemeldingar ho hørte frå personalet under undervisninga, og følgde opp at det alltid var ein pleiar med kunnskap og erfaring til å handtere vanskelege situasjonar på kvart skift. Pleiarar delte erfaring og kunnskap, og diskuterte kva som fungerte og ikkje fungerte seg i mellom. Sjukeheim 4 var ein av dei så hadde fått mest reduksjon av tvang etter undervisningen. Her deltok ikkje leiinga, men meir observerte. Det blei ikkje laga nokon systematiske planar. Pleiarar delte i rapporten kva som tiltak som fungerte, men det blei ikkje dokumentert nokon plass. Paradokset i studien er at ein leiar som var mykje til stades hemma endring på eine sjukeheimen, mens ein fjern leiarstil viste seg å vera vellykka ein annan plass. Leiarane må leggja til rette med varierende stil ut i frå miljøet på arbeidsplassen. Det er mange måtar å leia på eller bli leia på for å oppnå suksess med undervisninga. Likevel er det naudsynt med ein viss nærvær av leiinga. Ein må fremme tiltak frå undervisninga og leiinga må organisere og planleggje avgrensa tiltak.

4.2. Samandrag av artikkel 2

Helleberg & Hauge (2014) *Like a Dance*»: *Performing Good Care for Persons with Dementia Living in Institutions.*

Det er brukt ein kvalitativ metode i denne studien. Åtte sjukepleiarar og omsorgsarbeidarar frå to sjukeheimar blei intervjua. Hensikta med studien var å utforske korleis god pleie til pasientar med alvorleg demens er beskrive av sjukepleiarar og omsorgsarbeidarar der dette fungerer godt. Bakgrunnen er at andre pleiarar som arbeidar med demente kan dra nytte av kontekstuelle og meir spesifikk skildring av god demensomsorg.

Resultatet er omtala i tre ulike tema. Det første var *å finne*. Dette vil sei viktigheita av å lære seg kven pasienten er og hans livshistorie. I intervjua kom det fram at pleiarane ser pasientane som enkelt individ og ser pasienten sin tilstand her og no. Dei ser det an, og reflekterer rundt om framtidige situasjonar om dei vil lykkas å hjelpe dei no eller om dei må vente litt. Kjennskap til pasienten og profesjonell bevisstheit gjorde dei i stand til å raskt redusere uro og unngå å ty til medisinar for å roe ned pasientar. Tema to var *å følgje*. Det gjekk ut på timing, tempo og vera var for kjenslene til pasienten. Deltakarane beskrev viktigheita av å velje rett tid, viss pasienten ikkje ville, venta dei heller på gylne augneblink for å hjelpe pasienten. Tempo handla om kva tempo dei hadde rundt pasienten når dei var rundt den. Viss ein pasient blei uroleg og opphissa fokuserte pleiarane på å vera rolege, stille og holde avstand. Det siste og tredje punktet var *å leie*. Dette gjekk ut på at pleiarar var ansvarleg for å vera i forkant sånn at pasienten opplevde orden og kontroll i deira kaotiske verden. Det gjorde pleiarane for eksempel med å holde lyd nivået så lågt som mogleg for å unngå at pasientane blei urolege. Konklusjonen er at god omsorg for personar med demens er når pleiarane målbevisst forstår pasienten sin situasjon, følgje pasienten sine kjensler med å velje rett tid og tempo for situasjonar, og leie pasienten til å føle seg roleg og fornøgd.

4.3. Samandrag av artikkel 3

Gjerberg, Hem, Førde, & Pedersen (2013) *How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study.*

Det blei brukt ein kvalitativ metode. Der det var til saman 60 deltakarar i fokusgrupper som enten var sjukepleiar, hjelpepleiar eller ufaglærte. Til saman var det fem sjukeheimar som deltok. Hensikta var å undersøke korleis helsepersonell takla utfordrande situasjonar der pasienten motseier seg omsorg og pleie. For å undersøke dette hadde dei fokus på ulike

strategiar og alternative metodar som blei brukt for å unngå bruken av tvang. Bakgrunnen er at det er mykje bruk av tvang mot demente.

Resultatet visar at det blei brukt mykje tid på å unngå tvang og at tvang var sett på som siste utveg. Strategiar som blei brukt var distraksjonar, gi pasienten minimalt med val og vera fleksibel med å for eksempel prøve seinare, bytte personale eller ha ein-til-ein. Det blei lagt vekt på at det var visse føresetnadar for å kunne forhindre tvang. Det var viktig å kjenne pasienten og den sin historie, dette fordi det gjer at pleiar lettare kan forstå åtferda til pasienten. I alle fokusgruppene kom det fram at en god relasjon med tillit var viktig og var veldig sentralt for å redusere tvang. Ein anna viktig føresetnad for bruken av tvang var strukturelle faktorar som å ha nok ressursar på jobb. Det vil sei å ha adekvat bemanning med gode nok kvalifikasjonar og erfaring. Det viste seg i studien at det var meir tvang i helgene, då det var fleire ufaglærte på jobb då.

4.4. Samandrag av artikkel 4

Hem, Gjerberg, Pedersen, & Førde (2010) *Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang.*

Det er brukt ein kvalitativ metode i denne studien. Det var til saman 60 deltakarar som blei intervjuar i 11 fokusgruppe. Hensikta med studien var å beskrive korleis pleiepersonalet erfarer og handtera typiske situasjonar på sjukeheim når omsorg og pleie skal gis til personar med demens som på forskjellige måtar og i ulik grad motsette seg sånn hjelp. Dette med fokus på grenselandet mellom frivillighet og tvang. Bakgrunnen for studien er at etter 2009 blei bruk av tvang i helsetenesta regulert: helsehjelp kan bli gjeve til personar som manglar samtykkekompetanse og som motsette seg naudsynt helsehjelp når det er fatta lovleg vedtak.

Resultatet visar at motstanden som oppstår i eit stell kan vera knytt til måten pleiaren utfører stellet på. Suksessfaktorar var i følge pleiarane å ha fokus på her-og-no, der dei unngjekk å spørje spørsmål som skapte forvirring, men senka tempoet og skape rolege og oversiktlege situasjonar som pasienten opplevde kontroll i. Det var uklart og i grenseland kva som var tvang og kva som var frivillig, av den grunn var det viktig å fokusere på å få pasientens medverknad, og å gi dei ei kjensle av kontroll og frivillighet. Difor konkluderer artikkelen med at ein må ha bevisstheit og alternativ rundt tvangsbruk. Det å danne ein god relasjon var viktig. Det kom likevel fram at få av pleiarane i undersøkinga snakka om å etablere relasjon og kontakt. Beskrivinga deira var meir opptatt av å få oppgåva gjort, og korleis dei skulle få

gjennomført det dei meinte var naudsynt. Sjølv om pleiarane beskreiv korleis dei arbeida med å danna relasjon, kan det vera at dei i enda større grad kan vera oppmerksom på dette. Det å danne god relasjon kan vera å prioritera å vera saman med pasienten i staden for å gjennomføre praktiske pleieoppgåve. Kunnskap om pleiarane sine erfaringar og handteringsmåtar kan bevisstgjere og gi fleire pleiarar strategiar til å gjennomføre utfordrande pleieoppgåver. Den kan og styrke kvaliteten på omsorg med å bidra til at tiltak blir satt i gong, som på sikt kan redusere tvang.

4.5. Samandrag av artikkel 5

Kontos & Naglie (2007) *Bridging theory and practice – Imagination, the body, and person-centred dementia care.*

I denne studien er det brukt kvalitativ forskingsmetode. Dei har hatt gruppesamtale med seks fokusgrupper frå tre institusjonar. Hensikta med studie var å sjå korleis pasientar bruker kroppen til å kommunisere med og korleis det kan vera med å forbetre personsentrert demensomsorg. Bakgrunnen er at prinsippa for personsentrert omsorg er blitt utbreidd, men dei erkjenne ikkje heilt at kroppen er eit kommunikasjonsmiddel, og viktig for å uttrykke personlegdom. Korleis personalet handtere situasjonar kan vera ein konsekvens av innebygd kultur, og på grunn av økonomi kan omsorgsmålet vera å få oppgåvene gjort raskare enn å fokusere på å få gitt omsorg med kvalitet. Det er ikkje fordi personalet er vonde eller bevisste i sin handlingar.

Resultatet blei delt inn i forskjellige tema. Tema 1 var sympatisk forbindelse. Dette handla om det å sjå forbi demensdiagnosen, og respektere dei som ein person. Tema 2 var å dele dei kroppslige erfaringar. Det vil sei at personale ut i frå egne erfaringar forstod korleis pasientane følte seg i ulike situasjonar og ut i frå det forstod kva dei kanskje trong. Tema 3 var sosialt tileigna vanar i kroppen. Det handla om å ha nok kunnskap om pasienten sin livshistorie og ut i frå det forstå kvifor dei oppførte seg slik dei gjorde. For pasientane kan oppførselen ha ein underliggende meining, difor var det viktig som pleiar å spørje seg sjølv heile tida kvifor pasienten oppfører seg slik. Det kan vera sosiale vanar som dei har i kroppen ut i frå det livet dei har levd. Tema 4 var tidseffektivitet. Det å bruke tid på å lære seg å forstå kroppsspråket og personlegdomen til ein pasient kan vera meir tidseffektivt i det lange løp. Ei slik tilnærming til pasienten kan redusere uønska åtferd. Tema 5 var å endre åtferd utan medikament. Ved å forstå pasienten sin personlegdom og måten dei brukte kroppen sin til å kommunisere med reduserte bruken av medikament. Det var ikkje lengre naudsynt.

Konklusjonen er at ein kan gi betre personsentrert demensomsorg med å bruke fantasien og prøve å forstå kommunikasjonen dei viser med kroppen. Ved å lære seg å kjenne kan ein på sikt bli meir effektive i pleie og i visse tilfelle redusere behovet for medikamentell behandling. Det blei erfart i studiet at det var pleiepersonell som på eige initiativ fant vegen til personsentrert tilnærming med å anerkjenne og støtte kroppens vaner, gestar og handlingar.

4.6. Samandrag av artikkel 6

Prins, Willemse, Hejkants & Pot (2019) *Nursing home care for people with dementia: Update of the design of the Living Arrangements for people with Dementia (LAD)-study.*

Update of the design of the Living Arrangements for people with Dementia (LAD)-study.

Denne studien er ein tverrsnittstudie, der det både er gjort intervju og spørjeskjema. Det var 49 sjukeheimar som deltok. Dei har intervjuar leiarar, og sendt ut spørjeskjema til pleiepersonell som sjukepleiarar og andre fleirfaglege teammedlem som legar, psykologar og ambulansarbeidarar. Deretter blei tilfeldige pasientar og deira pårørande valt. Hensikta med studien var å evaluere korleis ein kan forbetre kvaliteten på omsorga til personar med demens. Bakgrunnen var at etterspurnaden etter sjukeheimsplassar aukar med det aukande talet av personar med demens, samtidig som kvaliteten på omsorga som blir gitt på institusjonar trengs å forbetrast. Tema som har blitt undersøkt er korleis ein kan innføre meir av personsentrert omsorg, og redusere medikament og tvang.

Resultatet viser viktige faktorar som kan bidra til å betre kvaliteten på omsorg som blir gjeve i omsorgsboligar. Den pågåande LAD-studien vil vera relevant i forhold til retningslinjer og forbetring av praksis. Det må leggjast til rette for å oppnå omsorg av høg kvalitet med til dømes å få meir personsentrert omsorg. LAD-studien gir innsikt i om statleg investering og endring av politikk har forventa effekt eller ikkje. Studien konkluderte med at det er politikken som må endre retningslinjene for institusjonane for å oppnå betre pleie til personar med demens. Dersom kvaliteten på sjukeheimar blir betre i framtida, kan dei etterkvart dekke den aukane etterspurnaden og samtidig gi omsorg av høg kvalitet.

4.7. Oppsummering av hovudfunna

Funna visar at følgande faktorar var vesentlige for å redusere tvang:

- Ein må lære seg å kjenne pasienten, og leggje til rette for kvar enkelt pasient.

- Ein må streve etter å forstå pasienten situasjon og personlegdom, og danne ein god relasjon.
- Ein må oppnå betre personsentrert tilnærming der ein anerkjenne kroppens vanar, gestar og handlingar.
- Det må vera adekvat bemanning som har nok kunnskap og erfaring.
- Det må vera tid til å dele erfaringar og kunnskap.
- Ein må til tider prioritere pasientar forhand oppgåver.
- Leiarskap og politikken må lage gode rutinar der ein får utøve personsentrert omsorg.

5. Drøfting

Nedanfor skal eg drøfte problemstillinga mi opp mot funna i forskinga, sjukepleiar litteratur, teori, og eigne erfaringar.

5.1. Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg er ei tilnærming ein kan bruke for å redusere tvang. Ein er fagleg og juridisk opptatt av å redusere tvang for å bevare personar med demens sin rettssikkerheit (Nordtvedt, 2016, s.168). Grunnen til at tvang blir utøvd er for å førebygge at demente pasientar skal skade seg sjølv eller andre, eller for å sikre at pasientane får den behandlinga dei skal ha (Kirkevold, referert i Øye et al.2015). Ofte kan åtferdsending vera ein grunn for at tvang blir brukt. Åtferdsending som apati og agitasjon er ein del av symptombiletet som opptrer med demens i varierende grad (Rokstad, 2020, s.197). Ulike måtar tvang kan bli utøvd på er til dømes avgrensning rørslefridom, tvangsmedisinering, sengehest, og diverse overvakingssystem (Molven, 2017, s.128). I alle artiklane kom det fram at tvang blei brukt som siste utveg. Lovverket 4A understrekar at mykje skal vera prøvd av omsorgstiltak og kommunikasjon, før ein går over til tvang (Nordtvedt, 2016, s.167). I Demensplan 2020 blir det lagt vekt på at ein må etablere tillitsfulle relasjonar som prøvar å forstå pasientane sine kulturelle, åndelege og eksistensielle behov for å redusere tvang (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Ein tillitsfull relasjon består av empati, varme, tolmod, kunnskap, og fleksibilitet (Rokstad, 2014, s.37). Hem et al.(2010) fant ut i sin studie at motstand frå ein pasient kan vera knytt til måten pleiar handtere ein situasjon på. Difor kan det sjå ut som om kva kunnskap pleiar har om tilnæringsmetodar til personar med demens spelar inn på bruken av tvang. For det første skriv Hellberg & Hauge (2014) i sin artikkel at det å velje rett tid og tempo er veldig viktig. Noko Hem et al. (2010) med litt andre ord presiserer at det å senke tempo og skape rolege og oversiktlege situasjonar var

suksessfaktoren. For det andre skriv Hem et al. (2010) at det var viktig at pasientane kjenne på ei kjensle av kontroll og at det er frivilleg, noko pasientane opplever når dei får medverke og ting blir gjort i deira tempo. Det vil sei ein må lære kvar enkelt pasient å kjenne.

Personsentrert omsorg handlar om å sjå og møte personar med demens som unike menneske (Rokstad, 2020, s.52). Det betyr å respektere kvart enkelt menneske sin identitet (Kontos & Naglie, 2007). På grunn av den kognitive svikten til ein person med demens kan dei nokon gongar oppleve ein annan verkelegheit enn sine omgjevnadar, difor er det viktig at me rundt har emna til å sette oss inn i og anerkjenne den verkelegheita vedkommande opphalde seg i, for å møte hans eller hennas følelsar og opplevingar på ein hensiktsmessig måte (Rokstad, 2020, s. 65). Rettare sagt må me prøve å forstå meininga bak vedkommande sin åtferd like mykje som ytringane (Rokstad, 2014, s.38).

Ei norsk undersøking viste at over 40% av dei som bur på institusjon opplever å bli utsatt for tvang i løpet av ei veke (Smeby & Johnsen, 2020, s.245). På alle demensavdelingar eg har vore borti blir det brukt tvang og medisin for å roe ned pasientar kvar einaste dag. Eg har sett kor lett det er å ty til tvang, og eg har sett korleis pasientar får lurt i seg eventuell medisin utan å ha gjeve samtykke. Det blir gjort for at personen skal bli roleg og me skal kunne få gjort oppgåvene våre. I artiklane til Helleberg & Hauge (2014) og Kontos & Naglie (2007) kjem det fram at personsentrert tilnærmingar kan vera meir effektivt enn tvang, og at ein med rett tilnærming kan unngå uønska åtferd. I studia til Testad, Mekki, Førland, Øye, Tveit, Jacobsen & Kirkvold (2015) konkluderar dei at personsentrert omsorg kan redusere tvang. Det har og vist at når ein forstod personen sin personlegdom og måten dei kommuniserte på var det til dømes ikkje lengre naudsynt å gi medikament med tvang (Kontos & Naglie, 2007). Rokstad (2014, s.33) understreker dette å skriv at fleire studiar har vist at personsentrert omsorg har stor effekt. Det har redusert agitasjon under bading og dusjing, og vore eit alternativ til medisinerer.

5.1.1. Danne god relasjon

Først og fremst er det grunnleggjande i personsentrert omsorg å lære seg å kjenne pasienten og danne ein god relasjon, noko som fleire av artiklane legg vekt på. Både i artikkelen til Kontos & Naglie (2007), Gjerberg et al. (2013) og Helleberg & Hauge (2014) legg dei vekt på å lære seg pasienten sin livshistorie, for å lettare forstå åtferda til pasienten. Rokstad (2014, s.11) skriv at det å leve med demens kan opplevas som ein veldig stor påkjenning med mykje usikkerheit og frykt. Behovet for tilknytning er grunnleggjande for alle menneske, men spesielt

for nokon med kognitiv svikt (Skovdahl & Berentsen, 2014, s.422). Difor er det å knytte band sentralt, spesielt når ein kjem på ein ny institusjon der alt er nytt. Det å danne ein god relasjon handlar om å forhandle og samarbeid. Forhandling handlar om å lære seg pasientens preferansar, ønskjer og behov i staden for å leggje opp behandlinga basert på kva ein trur vil vera best for vedkommande, samarbeid handlar om «å arbeide saman» (Rokstad, 2014, s.44).

Kontos & Naglie (2007) fokuserte på å lære seg å forstå kroppen sin rytme og språk. Dei skriv i sin artikkel at prinsippa for personsentrert omsorg er blitt utbreidd, men at det ikkje anerkjenne kroppen som eit kommunikasjonsmiddel. Dei har lagt vekt på sympatiske forbindelsar, kroppslege erfaringar og sosialt tileigna vanar i kroppen som me som pleiar må bruke fantasien for å forstå. Rokstad (2014, s. 42) skriv personsentrert tilnærming ser på åtferda som uttrykk for ein lite tilfredsstillande livssituasjon, behov som ikkje blir møtt, keisemd, over- eller understimulering eller som ein reaksjon på urimelege krav frå omgivnaden. Slik eg tolkar det blir ofte unormal åtferda i personsentrert tilnærming sett på som noko meir negativt lada. Derimot i artikkelen til Kontos og Naglie (2007) blir det meir vektlagt at åtferda ein pasient har kan vera teikn på det livet pasienten har levd før. Det kan vera sosialt tileigna vanar i kroppen som at pasienten står opp midt på natta og begynner å jobbe på gongen fordi pasienten har vore bonde, og er van med å stå tideleg opp for å arbeide (Kontos & Naglie 2007). Eg prøvar ofte å bruke mine kroppslege erfaringar når eg steller pasientar. Dette gjer eg med å prøve å sjå og forstå dei kroppslige uttrykka slik at stellet skal opplevas mest mogleg behageleg og bli gjort på pasienten sine premisser.

5.1.2. Ulike personsentrerte tilnærmingar

Det var ulike strategiar og fokus som blei vektlagt i artikkane. Hem et al. (2010) skriv i sin studie at fokus på her-og-no var suksessfaktoren for å unngå å bruke tvang. Det gjorde dei med å la vera å spørje spørsmål, senke tempoet og skape rolege og oversiktlege situasjonar som pasienten opplevde kontroll i. I studien til Gjerberg et al. (2013) blei det brukt ulike strategiar som distraksjonar, gi pasienten minimalt med val og vera fleksibel som å akseptere at eit stell ikkje er mogleg å gjennomføre der og då, og heller vente ei lita stund for å så prøve igjen. Artikkelen til Helleberg & Hauge (2014) omhandla korleis god pleie til personar med demens kan bli sett på som ein dans. Ein dans som handlar om å finne, følgje og leie. Til tross for at dei ikkje omtale personsentrert omsorg direkte er det mange metodar og tilnærmingar i denne artikkelen som er sentralt og kan bli trekt mange parallellar med. Å finne vil sei å lære seg å kjenne pasienten, livshistoria og sjå kvart enkelt individ. Å følgje handlar om velje rett

tid, tempo og følge pasienten sin følsamheit. Å leie handlar om å vera i forkant slik at pasienten opplever orden og kontroll i deira kaotiske verden (Helleberg & Hauge, 2014). Kari Martinsen (2018) omtalar sjukepleiar som kaptein på eit skip. Dersom kapteinen prøvar å «befale» havet vil skipet stampe mot opprørt hav, kastes her og der, miste kursen og kanskje havarere. Om skipet derimot blir ført med ei stø og sikker hand i samarbeid med havet og kreftene til havet, vil bølgene slå meir varsamt mot skipet og passasjerane vil få ein kjensle av å bli tatt hand om i det stormfulle havet. Dette er ein god metafor for kvifor personsentrert omsorg fungerer så bra som det gjer. Ein samarbeider med pasienten og lyttar til kven dei er. Martinsen (2018) skriv at dersom ein prøvar å «befale» havet vil det bli opprørt noko som kan samanliknast med det Rokstad (2020, s.200) skriv om at uønska åtferd hos ein pasient kan bli sett på som eit uttrykk for ikkje å bli møtt på sine behov. Helleberg & Hauge (2014) understreker dette i sin studie at med rett tilnærming kan ein raskt redusere uro. Ein av tilnærmingane dei la vekt på var å sjå på pasienten sin tilstand her og no, og reflektere rundt om ein framtidig situasjon vil lykkas, eller om dei må vente litt. I og med at ein har så mange strategiar og alternativ undrar eg meg over kvifor det framleis er så mykje tvang?

5.2. Kontekstuelle forhold

5.2.1. Adekvat bemanning med kunnskap

For at personsentrert omsorg skal kunne fungere for å redusere tvang hevder Øye et al. (2016) at det er kontekstuelle forhold som må vera på plass. Som nemnt innleiingsvis legg Demensplan 2020 vekt på viktigheita av kontinuerlege diskusjonar om praksis, rettleiing og opplæring for å utvikle tilsette sin bevisstheit og metodar for å hindre bruken av tvang (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Dette betyr at pleiarar må få tid til å reflektere og snakke i lag rundt arbeidsmetodar. Hem et al. (2010) skriv at erfarne og kunnskapsrike pleiarar må dele sine handteringsmåtar med andre pleiarar for å gi fleire gode strategiar til å handtere utfordrande oppgåver. Eitersom Gjerberg et al. (2013) sin studie visar at det var meir tvang i helgene fordi det då var fleire ufaglærte på jobb kan ein konkludere med at det å få tid til å dele kunnskap og erfaring er veldig viktig. Det er her eg tenkjer me som sjukepleiarar er sentrale, me må dele vår erfaring til dei som ikkje har same erfaring og kunnskap som oss. Hem et al. (2010) skriv vidare at det å dele kunnskap og erfaring styrke omsorga. Det kan vera med å bidra til at tiltak blir satt i gong, og som på sikt kan redusere tvang. Gjerberg et al. (2013) legg og vekt på at ein må ha adekvat bemanning, som i tillegg har god nok kvalifikasjon og erfaring. Difor må det nesten vera rom for å ha både erfarne og uerfarne på

jobb samtidig, og å ha nok tid til å kunne dele kunnskap seg i mellom. Eg merkar sjølv at det å få tips til korleis ein kan handtere situasjonar på arbeid gjer arbeidsdagen tilsynelatande betre både for meg og pasientane.

5.2.2. Travelheit

Ein annan kontekstuell faktor som påverkar det å redusere tvang er travelheit. Martinsen (2018) skriv om travelheita og korleis tidspresset pressar sjukepleiar bort frå lydigheita mot pasienten sine hjerteslag. I og med at personsentrert omsorg handlar om å ta seg tid til å sjå pasienten, kan travelheita gjer det vanskeleg å redusere tvang i ein hektisk arbeidsdag. Er det blitt viktigare å bli ferdige med alle oppgåvene enn å sjå den enkelte pasienten? Kontos & Naglie (2007) sin studie baserer seg på om økonomi kan verke inn på at omsorgsmålet blir å få oppgåvene gjort raskare enn å fokusera på å få gjeve omsorg med kvalitet. Eg har sjølv opplevd å få færre ekstravakter når eg har fått meir kunnskap og nærma meg ferdigutdanna, dette fordi dei heller vil ha folk med lågare kunnskap og erfaring som av den grunn gjev lågare lønnskostnader. Ein gløymer ofte baksida av det å ta inn nokon med mindre kunnskap. Det verke som objektivisering har fått fotfeste i romma, og me gløymer å sjå kva kvar enkelt pasient treng (Martinsen, 2018). Noko studia til Hem et al. (2010) og påpeikar. På den eine sida kom det fram i studien at relasjonsbygging var viktig for å unngå tvang. På den andre sida kom det fram at pleiarar var meir opptatt av å få oppgåva gjort og korleis dei raskast skulle få gjennomføre oppgåva, enn å etablere gode relasjonar. Dette kan gjenspegla døme mitt i innleiinga at pleiarar blir meir opptatt av å få gjort stellet så fort som mogleg enn å sjå og ta seg tid til pasienten. Paradokset er at når ein skal presse fleire oppgåver inn på kortare tid for å få meir tid så skjer det motsette, ein får ikkje meir tid og det kan gi både ineffektivitet og større sjanse til å gjer feil (Martinsen, 2018). Hem et al. (2010) skriv vidare i sin studie at det å danne ein god relasjon kan vera å prioritere pasienten framfor ei oppgåve. Det å etablere tillitsfulle relasjonar understrekar Demensplan 2020 er grunnleggjande for å redusere tvang (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Martinsen (2018) påpeikar korleis travelheita og produksjon miste oppmerksomheit mot den heilage endring. Travelheita gjer at sjukepleiar ikkje fornemme stemninga i rommet, og gjer at ho ikkje klarer å bruke fantasien til å sette seg inn i pasienten sitt ståstad. Noko som er sentralt i personsentrert omsorg. På bakgrunn av det Martinsen skriv kan det sjå ut som om travelheita gir dårlege rutinar som igjen gir ein kultur som ikkje har tid til å sjå kvart enkelt individ. Med andre ord dårlege rutinar gir ikkje den fleksibiliteten som er naudsynt og av den

grunn blir det utøvd tvang (Brodtkorb, 2018, s.177). Travelheita påverkar utan tvil mine rutinar på jobb. Det er til tider slik at eg som pleiar ikkje har tid til å ta meg av pasientane slik eg ønskjer. Til dømes må eg ofte prioritera å laga mat, sjølv om eg burde set meg ned med ein pasient som er uroleg og vandrar heilt til vedkommande blir utslitt og faller. Travelheita gjer at dei profesjonelle blir underkasta samfunnsskapte pålegg som kan vera i djup motstrid med deira eiga forståing som fagpersonar (Martinsen, 2018). Som tidlegare nemnt skriv både Kontos & Naglie (2007) og Helleberg & Hauge (2014) at personsentrert tilnærming kan vera meir tidseffektivt. På grunn av dette skulle ein trudd det blei laga tid til det. Martinsen (2018) påpeike at tidseffektivitet påverke motsett og gir ineffektivitet. Noko som berre understrekar enda meir paradokset med det heile. Om ein nærma seg pasienten på rett måte kan det redusere uønska åtferd (Kontos & Naglie, 2007). Til og med lovverket skriv at det berre skal bli utøvd tvang dersom det etter ein heilheitsvurdering er den klart beste løysninga for pasienten (Molven, 2017, s.127). Er det då rett at det ikkje blir laga tid til å få utøvd best mogleg pleie, når det i tillegg visar seg at personsentrert tilnærming kan vera meir effektivt i lengda?

5.2.3. Leiarskap, kultur og politikk

Det er strukturen på ein avdeling som leggje til rette for at pleiarar skal få tid til å gi den pleia og omsorga som reduserer tvangsbruk. I artikkelen til Øye et al. (2016) kom det fram at leiarstil og leiarnærvær verkar inn på det å redusere tvang. Paradokset var at det var mange måtar å leie på eller bli leia på for å oppnå suksess. Det kom fram i studien til Gjerberg et al. (2013) at ein viktig føresetnad for bruken av tvang var kontekstuelle faktorar som å ha nok ressursar på jobb med god nok kvalifikasjon og erfaring. På ein av sjukeheimane der ting fungerte godt tok leiinga ansvar for å lage ein formell plan der det alltid var ein pleiar med kunnskap og erfaring til å handtere vanskelege situasjonar på kvart skift (Øye et al., 2016). Noko Brodtkorb (2018, s.177) understrekar at mangel på kunnskap hos pleiar kan føre til meir tvangsbruk. Eg opplev når eg jobbar med erfarne at det er meir ro på avdelinga. Difor kan det virke som det er naudsynt at leiar har ein plan bak oppsettet. Det vil sei at leiar har kontroll, og at det ikkje er tilfeldig kven som arbeider i lag. Vidare i studien til Øye et al. (2016) kom det fram at det var avgjerande at pleiarane fekk tid nok til å dele erfaringar og kunnskap, og diskutere kva som fungerer og kva som ikkje fungerer. Kontos og Naglie (2007) sin studie visar at pleiepersonell på eige initiativ ofte fant vegen til personsentrert tilnærming. Av den grunn kan det virke som kulturen på ein avdeling spelar inn på bruken av tvang. I og med at det blir lagt mykje fokus på det å dele erfaringar og kunnskap kan konsekvensen av travelheit

og dårlege rutinar føre til meir bruk av tvang. Det er ikkje fordi personalet er vonde eller bevisst i sine handlingar. Det kan rett og slett vera ein konsekvens av kulturen på avdelinga (Kontos & Naglie, 2007). Basert på dette, og på Øye et al. (2016) sin studie var det alltid naudsynt med eit vist nærvær av leiinga. Det var viktig å fremme tiltak, organisere og planleggje avgrensa tiltak på avdelingane. Med andre ord leiarskapet må leggje til rette for ein kultur der det er tid og rom for å bruke personsentrert tilnærming. Rokstad (2020, s.200) skriv at i dei nasjonal faglege retningslinjer om demens blir det lagt vekt på at organisatorisk nivå påverke utviklinga av utfordrande åtferdsending, og at det kan førebyggjast med bruk av personsentrert omsorg.

I Demensplan 2020 skriv dei at god leiing er avgjerande for utvikling av gode tenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). I studia til Øye et al. (2016) viste det seg at på den eine sjukeheimen var ein leiar som var mykje til stades hemmande, mens ein meir fjern leiarstil viste seg å vera vellykka. Difor kan måten å vera ein god leiar på variera. I studien til Prins et al. (2019) konkludera dei med at det er politikken som må endre retningslinjene for institusjonane for å oppnå betre pleie til personar med demens. Det kan virke som det er behov for betre og tydligare rammer, for korleis leiarane skal danne gode rutinar der det er tid for personsentrert tilnærming. Ein skal kunne forvente same type pleie uavhengig av kva sjukeheim ein ender opp på, noko som velferdsstaten sine prinsipp bygger på. Difor er politikken sentral for å leggje føringar for å oppnå det.

6. Avslutning/Konklusjon

Det kjem fram at sjukepleie kan redusere bruken av tvang med personsentrert tilnærming, men det avhenger av kontekstuelle forhold. I personsentrert omsorg bør ein streva etter å sjå og forstå personen bak demensdiagnosen. Difor har eg valt å ta med den optiske illusjonen i starten av oppgåva mi, der ein både kan sjå ei ung og ei gammal kvinne. Noko som presiserer det at ein kan velje kva ein har lyst å sjå.

Det elementære for å kunne gi god pleie er å få tid til å gi det, og å få tid til å danne tillitsfulle relasjonar. For å få til dette må leiinga lage gode rutinar som gir tid. Til tross for at det er uklart kva leiing som er best, er det klart at ein treng eit vist nærvær av leiinga. Det kan sjå ut som det er naudsynt at politikarane er med på å laga gode overordna retningslinjer som leiarar

i institusjonane kan bruke for å oppnå målet om å minske bruken tvang. Der det er viktigare å sjå pasientane enn å få oppgåvene gjort.

Personsentrert omsorg kan i starten krevje meir tid, men vidare vil det mest sannsynleg vera meir effektivt og minske bruken av tvang. Då vil ein kunne oppnå målet for Demensplan 2020 som er å styrke det helsefaglege tilbodet til personar med demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). I tillegg seier lovverket at alt anna skal vera prøvd før det blir utøvd tvang. Difor vil eg påstå at slik ting fungerer no så streve ein ikkje nok etter å ha andre alternative metodar før ein utøve tvang. Helleberg & Hauge (2014) beskriv god pleie med å sjå på det som ein dans. Martinsen (2018) beskriv sjukepleiar som ein kaptein på eit skip. Begge desse metaforane visar korleis det er vårt ansvar å leia pasienten slik at dei får ein trygg og god dag.

Litteraturliste

Brodtkorb, K. (2018). Stellet – mulighetens arena. I Kirkevold, M. Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H. (red.). *Geriatisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg. ss.174-183). Oslo: Gyldendal akademisk.

Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P.A. & Utne, I. (2015). *Forkningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Folkehelseinstituttet. (2019, 10. desember). Demens. Henta frå:

<http://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>

Fonn, M. (2019, 23. desember). Kari Martinsen: – Pleien tar den tiden den tar. *Sykepleien*.

Henta frå: <http://www.sykepleien.no>

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

<http://dx.doi.org/10.1177/0969733012473012>

Helleberg, K. M., & Hauge, S. (2014). “Like a dance”: Performing good care for persons with dementia living in institutions. *Nursing research and practice*, vol. 2014: 1-7.

<http://dx.doi.org/10.1155/2014/905972>

Helse-og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2020: Et mer demensvennlig samfunn*.

Hentet frå: <https://www.regjeringen.no/>

Helsebiblioteket (u.å.). Kritisk vurdering. Henta 04.03.2020:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering>

Hem, M.H., Gjerberg, E., Pedersen, R. & Førde, R. (2010). Pleie og omsorg i grenseland mellom frivillighet og tvang. *Sykepleien*, 5(4): 294-301.

<http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0007>

Kontos, P.C. & Naglie, G. (2007). Bridging theory and practice: Imagination, the body, and person-centred dementia care. *Sage publications*, 6(4): 549-569.

<http://dx.doi.org/10.1177/1471301207084394>

Kristoffersen, N.J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E. & Grimsbø, G. H. (Red.). *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov* (3. utg. ss.15 - 80). Oslo: Gyldendal akademisk.

Martinsen, K. (2018). *Bevegelig Berørt*. Bergen: Fagbokforlaget

Molven, O. (2017). *Sykepleie og jus*. (5.utg.) Oslo: Gyldendal Juridisk

ndla (2018, 11.oktober). Hva ser du, søster?. Henta 24. mars 2020 frå

<https://ndla.no/nb/subjects/subject:4/topic:1:172816/topic:1:173686/resource:1:60690>

Nordtvedt, P. (2016). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk*. (2.utg.) Oslo: Gyldendal Akademiske

OPTICAL ILLUSION. - *Optical illusion depicting either a young woman with her head turned away or an old woman in profile, with her chin tucked into her coat.* [Fine Art]. Retrieved from Encyclopædia Britannica ImageQuest.

https://quest.eb.com/search/140_1644482/1/140_1644482/cite

Pasient- og brukerrettighetsloven. (2009). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999 07-02-63). Henta frå: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_5

Prins, M., Willemse, B.M., Heijkants, C.H. & Margriet, A. (2019). Nursing home care for people with dementia: Update of the design of the Living Arrangements for people with Dementia (LAD)-study. *Journal of Advanced Nursing*, 2019;75-3792-3804.
<http://dx.doi.org/10.1111/jan.14199>

Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget

- Rokstad, A. M. M. (2020). Utfordrende atferd. I Rokstad, A. M. M. & Smeby, K. L. *Personer med demens: Møte og samhandling*. (2.utg ss.196-219). Oslo: Cappelen Damm.
- Rokstad, A. M. M. (2020). Personsentrert omsorg. I Rokstad, A. M. M. & Smeby, K. L. *Personer med demens: Møte og samhandling*. (2.utg ss.51-71). Oslo: Cappelen Damm.
- Rummelhoff, G.R., Smeby, K.L. & Tombre, B. (2016). Gi individuell omsorg. *Sykepleie*, 104(8):42-45. <http://dx.doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.58391>
- Skovdahl, K. & Berentsen, V.D. (2014). Kognitiv svikt og demens. I Kirkevold, M. Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H. (red.). *Geriatisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg. ss. 408-437). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Smeby, K. L. & Johnsen, L. (2020). Selvbestemmelse og tvang. I Rokstad, A. M. M. & Smeby, K. L. *Personer med demens: Møte og samhandling*. (2.utg ss.234-267). Oslo: Cappelen Damm.
- Testad, I., Mekki, T.E., Førland, O., Øye, C., Tveit, E.M., Jacobsen, F. & Kirkevold, Ø. (2015). Modeling and evaluating evidence-based continuing education program in nursing home dementia care (MEDCED)—training of care home staff to reduce use of restraint in care home residents with dementia. A cluster randomized controlled trial. *International journal of Geriatric psychiatry*, 31(1):24-32. <http://dx.doi.org/10.1002/gps.4285>
- Thindemann, I-J. (2017). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving. Oslo: Universitetsforlaget
- Øye, C., Jacobsen, F. F. & Mekki, E. E. (2017). Do organisational constraints explain the use of restraint? A comparative ethnographic study from three nursing homes in Norway. *Journal of clinical nursing*, 26: 1906-1916. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13504>

Øye, C., Mekki, T.E., Jacobsen, F.F. & Førland, O. (2016). Facilitating change from a distance – a story of success? A discussion on leaders' styles in facilitating change in four nursing homes in Norway. *Journal of Nursing Management*, 24: 745-754.
<http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12378>

Øye, C., Mekki, T.E., Skaar, R., Dahl, H., Forland, O. & Jacobsen, F.F. (2015). Evidence Molded by Contact with Staff Culture And Patient Milieu: an Analysis of the Social Process of Knowledge Utilization in Nursing Homes. *Vocations and Learning*, 8: 319-334. <http://dx.doi.org/10.1007/s12186-015-9135-2>

Vedlegg

Oversiktstabell

Artikkel og forfatter/år	Hensikt	Metode og datasamling	Utval	Resultat
Prins, M., Willemse, B.M., Heijkants, C.H. & Pot, A.M. (2019) <i>«Nursing home care for people with dementia: Update of the design of the Living Arrangements for people with Dementia (LAD)-study»</i>	Hensikten var å sjå på «Living Arrangements for people with dementia» (LAD)-studien, som tar opp og evaluere korleis ein kan forbetre kvaliteten på omsorg til personar med demens.	Dette er både ein kvalitativ og ein kvantitativ forskingsmetode, då det har blitt gjort intervjuer med leiarar og blitt utdelt spørjeskjema til pleiepersonell, familie, frivillige og andre som er relevante som leger, psykologar og ambulansarbeidarar.	Denne studien er gjort på forskjellige sjukeheimar i Nederland. Det var 49 sjukeheimar som deltok. Leiarane blei intervjuet, mens pleiepersonell og andre fleirfaglege teammedlem fekk spørjeskjema. Deretter blei pasient og familie valt ut, der minimum tolv deltakarar frå kvar institusjon fekk eit spørjeskjema. Til slutt blei minimum 12 frivillige valt ut til å delta. Leiarar og pleiepersonell på dei forskjellige sjukeheimane var ikkje opplyste om kven av bebuarane som var utvalt.	Studien konkluderte med at det er politikken som må endre retningslinjene for institusjonane for å oppnå betre pleie til personar med demens. Viss kvaliteten på sjukeheimar forbetrast i framtida, kan dei etterkvart dekke den aukane etterspurnaden og samtidig gi omsorg av høg kvalitet.
Øye, C., Mekki, T.E., Jacobsen, F.F. & Førland, O. (2016) <i>«Facilitating change from distance – a story of success? A discussion on leaders' style in facilitating change</i>	Hensikten var å undersøke kva påverking leiinga har når det blir lagt til rette for endring på sjukeheimar.	Dette er ein kvalitativ forskingsmetode. Det blei gjort formelle og uformelle intervju av tilsette. Det blei også tatt notat frå rapport gitt om morgonen, ettermiddag og kvelden. I tillegg til notat frå andre	Fire sjukeheimar blei valt for denne undersøkinga. Det blei gjort ein grundig utredning på sjukeheimar så hadde minst, flest og ingen endringar av bruk av tvang ved 7 månaders undervisnings-opplegg. Vidare blei sjukeheimane som blei valt ut vurdert på	Resultatet av studien visar at ulike leiarstilar påverkar endringar på sjukeheimar.

<i>in four nursing homes in Norway»</i>		formelle og uformelle møter mellom leiarar og tilsette.	mangfald av leiarstil og leiingnærvar.	
Kontos, P.C. & Naglie, G. (2007) <i>«Bridging theory and practice – Imagination, the body, and person-centred dementia care»</i>	Hensikta med studien er å sjå korleis pasientar bruke kroppen til å kommunisere og viser sin personlegdom, og korleis dette kan forbetre personsentrert demensomsorg.	Dette er ein kvalitativ metode. Det blei satt saman fokusgrupper som blei leda av same moderator. Det blei tatt lydopptak.	Seks fokus grupper blei danna på tre ulike institusjonar. I kvar gruppe var det seks til åtte stykk med, og to grupper per institusjon. Det blei satt tre kriterium til dei som skulle delta: 1. Måtte vera sjukepleiar, assistent, ergoterapeut, fysioterapeut, eller recreational therapist. 2. Har vore med å gi pleie og/eller i stell. 3. Har erfaring med personsentrert omsorg.	Resultatet visar at måten kroppen kommunisere på kan forbetre fantasien og gjer at helsepersonell lettare ser personlegdom til bebuaren og dermed fremme god omsorg. Dette kan gjere ting meir effektivt og i nokon tilfelle redusere behovet for legemidlar.
Gjerberg, E., Hem, M.H., Førde, R. & Pedersen, R. (2013) <i>«How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study»</i>	Hensikta var å undersøke korleis helsepersonell takla utfordrande situasjonar der pasienten motseie seg omsorg og pleie.	Det er ein kvalitativ metode. Det blei satt saman fokusgrupper som det blei tatt lydopptak på.	Det blei satt saman 11 fokusgrupper med til saman 60 deltakarar som arbeida på fem ulike sjukeheimar. Deltakarane var hjelpepleiarar, sjukepleiarar og ufaglærte.	Resultatet viste at pleiepersonell brukte mykje tid på å prøva å unngå tvang, og at dei har mange alternative strategier. Men bruken av tvang blir påverka av lav bemanning, organsiering av sjukeheimane og kompetansen til personale.
Hem, M.H., Gjerberg, E., Pedersen, R. & Røde, R. (2010) <i>«Pleie og omsorg i grenselandet</i>	Hensikten er å beskrive typiske situasjonar når omsorg og pleie skal gis til personer med demens motsette seg hjelp. Dette med fokus på grenselandet	Det er ein kvalitativ metode. Der det blei satt saman fokusgrupper som blei tatt lydopptak av.	Det var til saman 60 deltakara fordelt på 11 fokusgrupper. Antall deltakara i kvar gruppa varierte frå tre til seks stykk, og dei var hovudsakelig tverrfaglig samansatt.	Resultatet viser at det å hjelpe personer med demens kan vera veldig utfordrande. Grensene mellom tvang og frivillighet er ofte uklare, og frivillige situasjonar kan fort vippe øve i tvang.

<i>mellom frivillighet og tvang»</i>	mellom frivillighet og tvang i omsorg.			
Helleberg, K.M. & Hauge, S. (2014) <i>«Like a Dance»: Performing Good Care for Persons with Dementia Living in Institutions»</i>	Hensikten med denne studien er å utforske korleis god pleie til pasienter med alvorleg demens er beskrevet av sjukepleiarar og omsorgsarbeidarar.	Det er ein kvalitativ metode, der åtte blei intervjuet som det blei tatt lydopptak av.	8 sjukepleiarar og omsorgsarbeidarar frå to sjukeheimar blei individuelt intervjuet på Østlandet.	Resultat viste tre hovudfunn: a) Å finne: Identifisere pasientens personlege eigenskaper, tilstand og behov b) Å følgje: Velge riktig tidspunkt og tempo og tilpasse seg pasienten c) Å leie: Vera i forkant og forberedt og til å endre pasientens humør. En samlet tolking av funna er beskrevet med ein metafor: Ein dans mellom pasient og pleiar.