



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Redusere bruk av tvang i  
demensomsorgen

Reduce the use of coercion in dementia  
care

**Kandidatnummer: 301**

BSV5-300

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for velferd  
og deltakelse

19.05.2021 kl 14:00

Antall ord: 7924

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## **Abstract**

### **Objective**

The purpose of this bachelor thesis is to evaluate the effectiveness of different education interventions in reducing the use of coercion in care home residents with dementia.

### **Method**

This is a literature review that addresses five randomized controlled trials and one mixed method study.

### **Results**

The result show a positive change in the use of coercion in all the studies, whether compared to the control group or baseline. This indicates that the education interventions led to a reduction in use of coercion. In one research article the positive effect on use of coercion was no longer maintained when followed up at twelve months. The education interventions proved to have a positive effect on staff knowledge and attitudes. In one research article this positive effect was no longer maintained when followed up at six months, which may be due to lack of ongoing support, time and planning. The staff's awareness changed, and the staff became better at using alternative strategies and gave well-founded arguments for and against the use of coercion in each individual situation. There were no significant change in aggression or drug use.

### **Conclusion**

The education interventions proved to have a positive effect on the use of coercion, staff knowledge and attitudes.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning .....</b>	<b>4</b>
1.1 Tema og problemstilling.....	4
1.2 Avgrensing og presisering av oppgaven.....	5
1.3 Oppgavens oppbygning .....	5
1.4 Forskningsfelt.....	5
<b>2.0 Teoretiske begreper.....</b>	<b>7</b>
2.1 Hva er demens?.....	7
2.2 Hva er tvang?.....	8
2.3 Regulering av tvang .....	8
<b>3.0 Metode - litteraturstudie.....</b>	<b>9</b>
3.1 Søkestrategi .....	10
3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	10
3.3 Litteraturhierarki.....	11
3.4 Litteratursøk.....	11
3.5 Kildekritikk.....	12
3.5.1 Etske vurderinger .....	12
<b>4.0 Resultater og funn .....</b>	<b>12</b>
<b>5.0 Analyse og diskusjon .....</b>	<b>17</b>
5.1 Ulike oppfatninger av tvang.....	18
5.2 Bidrar undervisningsprogram til reduksjon av tvang?.....	19
5.3 Endringer i holdninger ovenfor tvangsbruk.....	21
5.4 Ulike strategier og alternative løsninger til tvangsbruk.....	21
5.5 Kommunikasjon med mennesker med demens.....	22
5.6 Forutsetninger for bruk av alternative strategier og tiltak .....	23
5.7 Påvirkning fra ledelse og arbeidskultur.....	24
5.8 Stryker og svakheter ved oppgaven .....	25
<b>6.0 Konklusjon.....</b>	<b>26</b>
<b>7.0 Litteraturliste.....</b>	<b>27</b>
<b>Vedlegg 1: Søkelogg .....</b>	<b>30</b>
<b>Vedlegg 2: Kildekritikk.....</b>	<b>31</b>

## 1.0 Innledning

Tenk deg: Det er mandag morgen klokken 08:00, en tjenesteyter kommer inn på rommet til «Kristin», en 90 år gammel dame med demens. Tjenesteyteren koser Kristin på kinnet og sier med myk og behagelig stemme «nå er det morgen, på tide å stå opp». Kristin åpner så vidt øynene og responderer med hes stemme «jeg vil sove», drar dyna godt oppunder haka og snur seg mot veggen. Tjenesteyteren forsøker å motivere Kristin opp av sengen ved å si «du må stå opp nå og stelle deg i tilfellet du får besøk i dag», men får ingen respons. Noe som resulterer i at Kristin blir fratatt dynen og løftet opp på sengekanten i halvsøvn. Kristin prøver febrilsk å gripe tak i dynen og legge seg bakover i sengen men møter motstand fra tjenesteyteren som støtter henne i ryggen. Kristin rynker på nesene og sukker i det hun ser at tjenesteyteren tar på henne tøflene. I neste øyeblikk står rullatoren foran henne og en arm griper tak i hennes arm som støtte for å reise seg opp. Kristin løftes opp og går motvillig mot badet. Hun setter seg ned på det kalde dosetet og tjenesteyteren skrur på dusjvannet.

### 1.1 Tema og problemstilling

Historien nevnt ovenfor har jeg selv opplevd flere ganger i ulike versjoner, og speiler temaet for denne oppgaven; tvang ovenfor mennesker med demens på sykehjem. Begrunnelsen for valg av tema og problemstillingen handler først om min egen erfaring, for det andre om omfanget av problemet knyttet til tvangsbruk, og til sist et ønske om å finne tiltak som kan være en nøkkelfaktor for reduksjon av tvangsbruk.

Jeg har opplevd at tjenesteytere utsetter pasienter for tvangsbruk, både med og uten tvangsvedtak. Jeg har opplevd situasjoner hvor tjenesteytere ikke erkjenner at pasienten utsettes for tvangsbruk. Noen ganger viser pasienten fysisk eller verbal motstand. Noen ganger uttrykker pasienten frykt, redsel og ubehag gjennom nonverbal kommunikasjon som ansiktsuttrykk og væremåte. Gjennom mine erfaringer fra praksis og vikariat på sykehjem har jeg fått et gryende ønske om å bidra til å redusere tvangsbruken pasienter med demens utsettes for.

I en studie av Kirkevold (2005) kom det frem at hele 45 prosent av pasienter i skjermede enheter for demente ble utsatt for tvangsbruk i løpet av en uke. Kirkevold mener det er utstakt bruk av tvang i Norske sykehjem, og at mye av tvangsbruken sannsynligvis er grunnet

dårlige rutiner i stedet for nøye faglige overveielser (Kirkevold, 2005, s.1346-1347). Dette er svært høye tall som muligens kunne vært redusert ved økt kunnskap og opplæring. På bakgrunn av diskusjonen over, og at jeg har en antakelse om at økt kunnskap og opplæring kan redusere forekomsten av tvang på sykehjem, har jeg utviklet følgende problemstilling: *Hvilken effekt har undervisningsprogram for helsepersonell på reduksjon av tvang ovenfor mennesker med demens på sykehjem?*

## 1.2 Avgrensning og presisering av oppgaven

I denne oppgaven har jeg valgt å inkludere mennesker med ulike typer demens. Fokuset er på pasienter boende på sykehjem, men jeg har også valgt å inkludere en forskningsartikkel som omhandler en form for gruppe boenheter for mennesker med demens, da jeg mener denne boformen har mange likhetstrekk med sykehjem og resultatene dermed er overførbare. Med undervisningsprogram mener jeg intervensjoner som består av undervisning satt i gang for å øke personalet kunnskap og kompetanse om demens. Disse programmene gjennomføres på ulike måter, over ulike tidsperioder og har ulikt innhold. Jeg har valgt å avgrense oppgaven til å inkludere forskningsartikler fra Norge, Sverige og Tyskland da jeg er nødt til å avgrense litteratursøk grunnet oppgavens størrelse. Jeg mener forskning innen helsesektoren i Sverige og Tyskland kan overføres til Norge.

## 1.3 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er bygd opp av seks kapitler. Kapittel en åpner oppgaven og gir en innføring i oppgavens tema og problemstilling, i tillegg til å gi en kort innføring i forskningsfeltet. Kapittel to inneholder en redegjørelse av sentrale begreper. I kapittel tre finner man metoddelen, som består av begrunnelse for valg av metode, søkestrategi, litteratursøk og kildekritikk. I kapittel fire presenteres resultater og funn fra de inkluderte forskningsartiklene. I kapittel fem fremgår det diskusjon og analyse av forskningsartiklene i lys av teori og annen forskning for å besvare problemstillingen. Til slutt er det en konklusjon. Vedlagt ligger søkelogg og kildekritikk.

## 1.4 Forskningsfelt

Innenfor forskningsfeltet demens og tvang finnes det noen forskningsartikler som tar for seg effekten av undervisningsprogram. En forskningsartikkel skrevet av Testad et al. (2005)

hadde som formål å redusere tvangsbruk gjennom et undervisningsprogram for personalet. Resultatene viser at undervisningsprogrammet førte til 50 prosent reduksjon i tvangsbruk og forbedret kvaliteten på omsorgen til pasientene (Testad et al., 2005, s. 587-590).

Internasjonalt finnes det en forskningsartikkel fra USA som har undersøkt effekten av jevnlig video-konsultasjon mellom helsepersonell på sykehjem og spesialsykepleiere. Resultatene viser at pasientene på sykehjemmet som mottok intervensjonen var 75 prosent mindre sannsynlig å bli utsatt for fysisk tvang (Gordon et al., 2016). En annen forskningsartikkel hadde som formål å undersøke effekten av et tvangsminimerende undervisningsprogram. Resultatene viser at personalet hadde økt kunnskap og positivt endrede holdninger ovenfor tvangsbruk etter intervensjonen (Kong et al., 2017).

I en undersøkelse gjennomført av Kirkevold (2005) kom det frem at hele 45 prosent av pasienter i skjermede enheter for demente ble utsatt for minst ett tvangsvedtak i løpet av en uke. Det vanligste var bruk av tvang i forbindelse med dagliglivets aktiviteter og medisinske undersøkelser eller behandling. Motivet var i de fleste tilfeller for å beskytte pasienten eller andre og for å gjennomføre nødvendige helse- og omsorgstiltak. Mental svikt, stort behov for hjelp i dagliglivets aktiviteter og episoder med utfordrende atferd hos pasientene var forbundet med bruk av tvang. Kirkevold mener det er en utstrakt bruk av tvang i Norske sykehjem og at høy forekomst, dårlig dokumentasjon og tilfeldigheter i hvem som tar avgjørelser, sannsynliggjør at tvangsbruken er preget av dårlige rutiner i stedet for nøye faglige overveielser i hvert enkelt tilfelle (Kirkevold, 2005, s. 1346-1347). En annen studie har benyttet fokusgruppeintervju for å undersøke forekomst av tvangsbruk og hvordan personalet benyttet pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. Resultatene viser hyppig tvangsbruk, men også at det ble fattet få vedtak. Personalet var usikre på praktiseringen av lovreguleringen rundt tvangsbruk og ga uttrykk for at kravene til vedtak var urealistiske. Mye av tvangen som forekom var ulovlig (Pedersen et al., 2013).

I følge Gjerberg et al. (2010) kan skillet mellom frivillighet og tvang være svært vanskelig å identifisere og frivillige situasjoner kan fort vippe over til tvang. Mennesker med demens har ofte problemer med å huske og uttrykke egne ønsker og behov, noe som kan skape frustrasjon. Dette kan føre til motstand og aggresjon i situasjoner hvor personalet skal hjelpe med ulike pleie- og omsorgstjenester. Pasientene kan da vise motstand mot selve

handlingen, men i flere situasjoner er det måten ting gjøres på pasienten reagerer på. Pasientene ønsker ikke alltid hjelp, i tillegg til at måten hjelpen gis på kan komme i konflikt med individuelle vaner og preferanser. Slike situasjoner kan fort ende med unødvendig tvangsbruk (Gjerberg et al., 2010).

## 2.0 Teoretiske begreper

Demens og tvang er to sentrale begreper i problemstillingen. Jeg vil først gå gjennom begrepene, samt gi en innføring i regulering av tvang i Norge. Regulering av tvang er svært viktig å være bevisst, da det både setter begrensninger og åpner opp for tvangsbruk.

### 2.1 Hva er demens?

Demens er en samlebetegnelse på flere kroniske, uhelbredelige hjernesykdommer som rammer flere av hjernens funksjoner. Demenssykdommer er progredierende, og den som rammes vil fungere dårligere og dårligere og til slutt være helt avhengig av hjelp. I noen tilfeller kan sykdomsforløpet være kortvarig og intenst, eller det kan strekke seg over en periode på inntil 20 år (Kirkevold et al., 2014, s. 411). Symptomene på demens varierer etter type demens, hvilken del av hjernen som rammes og ut fra miljøfaktorer, sosiale faktorer og personlige mestringsstrategier. Vanlige symptomer på demens er kognitive symptomer som redusert hukommelse og læringsevne, vansker med å orientere seg, handlingssvikt og manglende evne til å forstå mening med sanseintrykk. Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer som depresjon, apati, aggresjon, agitasjon, angst, hallusinasjoner og vrangforestillinger er også knyttet til demens. Forekomst av atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer øker etter hvert som demenssykdommen utvikler seg (Kirkevold et al., 2014, s. 416-418).

Det antas at 101 000 nordmenn allerede har demens. Mennesker over 65 år er mest utsatt og forekomsten øker med alderen. Det er antatt at økende levealder i landet fører til større andel mennesker med demens. Årsaken er i de fleste tilfeller usikker, men det antas at arv kan ha en viss betydning, samt andre sykdommer og uheldige livsstilsvaner. Hittil finnes det ingen kur, men det anbefales at personer med demens opprettholder et aktivt liv. Etter hvert som sykdommen utvikler seg, vil trolig miljøbehandling bidra til at mennesker med

demens får et bedre liv og flere gode dager med pårørende (Aldring og helse: Nasjonal kompetansetjeneste, u.å.)

## 2.2 Hva er tvang?

I rundskrivet til pasient- og brukerrettighetsloven §4A-4 defineres tvang som «tiltak som blir brukt for å overvinne eller omgå mostand fra pasienten» (helsedirektoratet, 2021, s.117). Dette betyr ikke at alle inngrep og påvirkninger som pasienten ikke ønsker regnes som tvang. For eksempel vil ikke alminnelige oppfordringer, håndledelser eller andre former for milde fysiske påvirkninger regnes som tvang (helsedirektoratet, 2021, s. 118).

## 2.3 Regulering av tvang

Pasient- og brukerrettighetsloven slår fast at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-1). Pasient og brukerrettighetsloven kapittel 4A handler om helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Formålet med reglene er todelt. For det første skal reglene sikre at pasienten får nødvendig helsehjelp, for det andre skal reglene forebygge og redusere bruken av tvang. Formålsbestemmelsens andre ledd sier at helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4A-1). Kapitlet åpner opp for bruk av tvang i noen situasjoner, men §4A-3 inneholder noen vilkår som må være oppfylte. Første ledd fastslår at helsepersonell skal forsøke tillitsskapende tiltak før det ytes helsehjelp pasienten motsetter seg (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4A-3). Det vil si at helsepersonellet skal prøve å legge til rette for helsehjelp uten å bruke tvang. I paragrafens andre ledd gis det tilgang til å treffe vedtak om helsehjelp pasienten motsetter seg dersom følgende punkter oppfylles:

- «a) en unnlattelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, og
- b) helsehjelpen anses nødvendig, og
- c) tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4A-3).

Paragrafens tredje ledd slår fast at helsehjelpen bare kan gis dersom en helhetsvurdering klart viser at dette er beste løsning (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4A-3). Dersom



vilkårene i §4A-3 er oppfylt, kan helsehjelp gjennomføres med tvang og skal vurderes fortløpende og avbrytes straks etter lovens vilkår ikke lenger er til stede (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4A-4). Vedtak etter dette kapitlet treffes av det helsepersonellet som er ansvarlig for helsehjelpen. Dersom helsehjelpen innebærer et alvorlig inngrep for pasienten, skal det treffes vedtak av helsepersonell etter samråd med annet kvalifisert helsepersonell. Hva som regnes som et alvorlig inngrep må vurderes med hensyn til om tiltaket innebærer inngrep på kroppen, bruk av reseptbelagte legemidler og graden av motstand (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4A-5).

### 3.0 Metode - litteraturstudie

For å besvare problemstillingen, «*hvilken effekt har undervisningsprogram for helsepersonell på reduksjon av tvang ovenfor mennesker med demens på sykehjem?*», har jeg valgt å gjennomføre en litteraturstudie. Gjennom en litteraturstudie får jeg mulighet til å se effekten av ulike intervensjoner, gjennomført av ulike forskere i ulike miljøer. Dermed vil jeg kunne sammenligne ulike forskningsartikler og se sammenhenger på tvers av studiene. Jeg mener en litteraturstudie vil gi meg en helhetlig oversikt over forskningsfeltet og kunnskap til å kunne besvare problemstillingen på en troverdig måte. Gjennom en litteraturstudie utarbeider man en problemstilling og prøver å svare på denne ved å søke opp og analysere tidligere litteratur på en systematisk måte. En litteraturstudie oppsummerer litteraturen som er tilgjengelig på et bestemt tema (Aveyard, 2018, s.2-4).

Forskningslitteratur er i følge Aveyard (2018) litteratur som er skrevet på bakgrunn av forskning for å besvare et spesifikt spørsmål. Disse spørsmålene kan bare bli besvart ved å observere hva som skjer i den virkelige verden og ikke ved en teori. Forskningslitteratur gjennomføres vanligvis i henhold til en vitenskapelig metode som innebærer definisjon av problemstilling, metode, resultat og til slutt en diskusjon (Aveyard, 2018, s.45).

Forskningsartiklene inkludert i denne oppgaven benytter seg enten av kvalitativ eller kvantitativ metode. Ved en kvalitativ metode samler en inn data som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2017, s. 52). Hensikten med kvalitativ metode er å få kunnskap om menneskelige egenskaper som erfaringer, holdninger og motiver, og kjennetegnes av få undersøkelsesenheter (Thideman, 2019, s. 76). Kvantitativ metode henter data gjennom

målbare enheter (Dalland, 2017, s. 52). I en kvantitativ metode kan en eksempelvis benytte seg av spørreskjema, eller systematiske og strukturerte observasjoner og eksperimenter (Thideman, 2019, s. 75-76).

### 3.1 Søkestrategi

I dette avsnittet presenterer jeg hvordan jeg har funnet frem til forskningslitteraturen som benyttes for å besvare problemstillingen. For å sikre at jeg finner den mest relevante forskningslitteraturen for å besvare problemstillingen har jeg utarbeidet en systematisk søkestrategi, som består av å utvikle søkeord, velge databaser og utvikle inklusjons- og eksklusjonskriterier. Jeg har valgt å gjennomføre søk på norsk og engelsk for å få flest relevante treff. Søkeordene har jeg valgt ut fra problemstillingen, da de beskriver populasjonen, problemet og kontekst. Jeg har valgt å benytte meg av de helsefaglige databasene Academic search elite, CINAHL, SveMed+ og PubMed. Academic search elite er en database som inneholder vitenskapelige og generelle tidsskrift fra flere ulike fagområder. CINAHL inneholder mye kvalitativ forskning og engelskspråklig litteratur om sykepleie og tilgrensende fag. SveMed+ er en nordisk artikkelbase for helsefag og inneholder referanser fra flere nordiske tidsskrifter. PubMed er en internasjonal database med referanser til tidsskriftsartikler fra blant annet sykepleie (Høgskulen på Vestlandet, u.å.).

### 3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier er kriterier som bidrar til å avgrense og spesifisere litteratursøket. Disse kriteriene bidrar til å identifisere litteraturen som svarer på problemstillingen og dermed utelukke unødvendig litteratur (Aveyard, 2018, s. 75).

Mine inklusjonskriterier er at artiklene er fagfellevurdert, publisert etter år 2009 og språket må være på norsk, engelsk, svensk eller dansk. I tillegg må forskningen foregått i vestlige land, artiklene må ha fokus på forebygging og/eller reduksjon av tvangsbruk og respondenter er mennesker med alle typer demens som bor på sykehjem. Mine eksklusjonskriterier er artikler som ikke er overførbare til norske forhold og artikler som omhandler tvangsbruk ovenfor andre mennesker enn pasienter med demens på sykehjem.

### 3.3 Litteraturhierarki

Litteraturhierarkiet mitt er følgende: Randomisert kontrollert studie, kohortstudier, undersøkelsesstudier, casestudier, kvalitative studier.

Øverst i mitt litteraturhierarki er randomisert kontrollert studie, da dette vil gi best svar på problemstillingen, som omhandler effekt. I en randomisert kontrollert studie deles deltakerne tilfeldig inn i to grupper, en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Gjennom tilfeldig fordeling unngår man store ulikheter mellom gruppene som kan påvirke utfallet. Intervensjonsgruppen mottar en intervensjon og kontrollgruppen mottar vanligvis ikke noe. Studien foregår over en bestemt tidsperiode og gruppene sammenlignes for å vise om intervensjonen hadde effekt eller ikke. Vanligvis gjennomføres det en måling i forkant av intervensjonen, som kalles baseline. Dette gjør det også mulig å se endringen innad i den aktuelle gruppen (Helsebiblioteket, u.å).

### 3.4 Litteratursøk

I Academic search elites ble det merket av for å gjennomføre søk i både den aktuelle databasen samt CINAHL og ERIC. Her brukte jeg søkeordene dementia OR alzheimers AND nursing homes OR care homes OR long term care OR residential care OR aged care facility AND coercion OR seclusion AND Norway. I tillegg valgte jeg artikler publisert mellom 2009-2021 som var fagfelleurdert. Dette søket gav meg 14 treff hvorav tolv utgikk grunnet inklusjons- og eksklusjonskriterier. Samme søk ble gjennomført i PubMed hvor jeg fikk tolv treff. Etter duplisering med treff fra andre databaser, og inklusjons- og eksklusjonskriterier, ble elleve av disse ekskludert. Det ble lest abstrakt på alle treff. Jeg gjennomførte igjen søk i Academic Search elites, CINAHL og ERIC med søkeord dementia OR alzheimers AND nursing homes OR care homes OR long term care OR residential care OR aged care facility AND coercion OR seclusion AND Education OR training OR learning OR teaching. Avgrenset til artikler publisert 2009-2021 og fagfelleurderte. Dette gav 47 treff, hvorav 45 utgikk grunnet inklusjons- og eksklusjonskriterier og duplikat fra andre databaser. Det ble lest overskrift på alle treff, samt abstrakt på åtte. I tillegg ble en artikkel funnet gjennom å lete gjennom litteraturlister på artikler som kom frem gjennom systematisk søk.

### 3.5 Kildekritikk

Kritisk kildevurdering er en strukturert vurdering av styrker og svakheter ved en artikkel. Det første steget i kritisk kildevurdering er å lese artikkelen flere ganger. Dette gjøres for å bli kjent med innholdet i artikkelen og dermed avgjøre artikkelens relevans før en går videre til mer detaljert kildekritikk. Aveyard (2018) anbefaler sterkt å benytte verktøy som hjelp under kildekritikken for å stille de riktige spørsmålene (Aveyard, 2018, s. 99-107). Jeg har valgt å benytte meg av sjekklister fra helsebiblioteket.no (2016) og bruke de ulike versjonene tilpasset ulike forskningsdesign. Det ligger dermed vedlagt et skjema for kritisk vurdering av hver forskningsartikkel.

#### 3.5.1 Etske vurderinger

I henhold til etiske vurderinger er besvarelsen min bevisst på, og i tro med retningslinjer for oppgaveskriving. Det anvendes APA 7th og oppgis kilder i løpende tekst, samt i litteraturliste slik at forfatterne krediteres for sine verk. I min beskrivelse av tidligere erfaringer har historier blitt konstruert på bakgrunn av opplevelser og anonymitet ivaretatt.

## 4.0 Resultater og funn

Her skal jeg presentere funnene i de seks forskningsartiklene som skal besvare problemstillingen «*hvilken effekt har undervisningsprogram for helsepersonell på reduksjon av tvang ovenfor mennesker med demens på sykehjem?*»

**Artikkel 1 – 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 (Testad et al., 2015).**

Formålet med denne studien var å evaluere effekten av et skreddersydd syv-måneders undervisningsprogram kalt «Tillitt Fremfor Tvang» rettet mot personale ved sykehjem som arbeider med pasienter med demens. Effekten ble målt gjennom reduksjon av tvangsbruk, aggresjon og antipsykotiske legemidler. Undervisningsprogrammet bestod av et to-dagers seminar og en-times månedlig veiledningsgruppe. Veiledningsgruppene hadde som mål å støtte personalet i å finne alternative måter å håndtere vanskelige situasjoner uten bruk av tvang og legemidler. Intervensjonen ble tilpasset lokal kontekst i hvert sykehjem.

Dette er en singel-blind klynge randomisert kontrollert studie som har forsket på 24 sykehjem i Norge. Datainnsamling ble gjennomført ved baseline og etter syv-måneder, gjennom intervju med personalet og andre relevante metoder.

Resultatene viste en signifikant reduksjon i tvangsbruk ved alle sykehjem, med en tendens til større reduksjon i kontrollgruppen. Det var signifikant reduksjon av aggresjon hos pasienter i begge grupper. To-tredeler av sykehjemmene deltok også i et undervisningsprogram i regi av staten på samme tid.

Det var dermed en signifikant reduksjon i tvangsbruk i begge grupper. Reduksjon i tvangsbruk i kontrollgruppen kan muligens forklares gjennom økt kunnskap om demens gjennom undervisningsprogrammet i regi av staten. Dermed kan denne studien vise en mulig suksess ved de nasjonale undervisningsprogrammene som ble satt i gang i tilknytning til lovendringer. Det var også en lavere tvangsbruk ved baseline enn forventet.

### **Artikkel 2: Effects of a Restraint Minimization Program on Staff Knowledge, Attitudes, and Practice: A Cluster Randomized Trial (Pellfolk et al., 2010).**

Denne forskningsartikkelen hadde som formål å evaluere effekten av et tvangsminimerende undervisningsprogram på personalets kunnskap og holdninger, samt tvangsbruk.

Undervisningsprogrammet bestod av seks ulike temaer om demens, som ble fordelt på seks måneder. Programmet hadde et hovedfokus på å undersøke underliggende årsaker til symptomer, gi økt oppmerksomhet til de negative sidene ved tvangsbruk og alternativer til tvang. Før programmet startet fikk en frivillig fra hver enhet gjennomgått hele undervisningsprogrammet komprimert inn på to dager med seminar. Det gjenstående personalet fikk seks 30-minutters videoforelesninger, hvorav tre av de også inneholdt en klinisk vignett som kunne bli brukt til gruppediskusjon.

Dette er en blind klynge randomisert kontrollert studie som har forsket på 40 gruppeboenheter for personer med demens i Sverige. Data ble samlet inn på baseline og etter syv måneder gjennom spørreskjema fra personalet og avdelingsleder, samt andre relevante tester.

Resultatene viste en signifikant økning i subjektiv og objektiv kunnskap i intervensjonsgruppen. I tillegg endret personalet holdninger i en retning slik at det ble

mindre sannsynlig at pasientene ble utsatt for tvangsbruk. Kunnskap om lovregulering av tvangsbruk var uendret. Kontrollgruppen fikk økt subjektiv kunnskap. Den totale tvangsbruken hadde en signifikant reduksjon i intervensjonsgruppen, meden den var uendret i kontrollgruppen. Bruk av psykoaktive stoffer var uendret i intervensjonsgruppen, samt redusert i kontrollgruppen.

Resultatene indikerer at undervisningsprogrammet økte personalets kunnskap, endret holdninger og reduserte tvangsbruken. Økt kunnskap og endrede holdninger etter intervensjonen bekrefter teorien om at det er sammenheng mellom kunnskap, holdninger og tvangsbruk.

**Artikkel 3: The effect of staff training on agitation and use restraint in nursing home residents with dementia: single-blind, randomized controlled trial (Testad et al., 2010).**

Denne forskningsartikkelen målte effekten av et undervisningsprogram til personalet på aggresjon og tvangsbruk ovenfor pasienter med demens på sykehjem.

Undervisningsprogrammet bestod av et to-dagers undervisningsseminar i tillegg til månedlig veiledningsgrupper i seks måneder. Undervisningsprogrammet Relation-Related care gir et rammeverk til personalet til å redusere aggresjon og tvangsbruk i interaksjon med pasienter. Programmet tar for seg tre hovedkomponenter: formidling av informasjon, ressurser til å implementere ny kunnskap og styrke nye ferdigheter.

Dette er et singel blindet randomisert kontrollert studie som tok for seg fire norske sykehjem. Data ble samlet inn gjennom intervjuer, ulike relevante tester og rapportering ved baseline, etter seks måneder og etter 12 måneder.

Resultatene viste en signifikant reduksjon i tvangsbruk i intervensjonsgruppen. Pasientene i intervensjonsgruppen ble utsatt for mindre tvang enn kontrollgruppen. Etter 12 måneder derimot var andelen pasienter i kontrollgruppen som ble utsatt for tvang redusert uten ytterligere reduksjon i intervensjonsgruppen. Aggresjonsnivået hos pasientene i intervensjonsgruppen ble gradvis redusert gjennom hele perioden. I kontrollgruppen var aggresjonsnivået uendret. Bruken av antipsykotiske legemidler var uendret i begge grupper.

Hovedfunnene i denne forskningsartikkelen er at undervisningsprogrammet reduserte tvangsbruk og aggresjon. Forbedring på aggresjon holdt seg etter avsluttet intervensjon. Den

positive effekten på tvangsbruk var kortvarig, da den ikke lenger var signifikant etter 12 måneder etter avsluttet intervensjon. Dette kan vise at personalet trenger kontinuerlig tilsyn for å ha vedvarende effekt eller at intervensjonen ikke varte lenge nok. Eller at personalet burde ha fortsatt veiledning i grupper.

**Artikkel 4: A mixed method study of an education intervention to reduce use of restraint and implement person-centered dementia care in nursing homes (Jacobsen et al., 2017).**

Denne forskningsartikkelen hadde som formål å undersøke hvilke faktorer som fremmer og hindrer bruk av tillitsskapende tiltak som alternativ til tvangsbruk. Artikkelen er en del av en større forskningsartikkel av Testad et al. (2015) presentert tidligere.

Dette er en mixed method design som kombinerer kvantitative og kvalitative metoder. Kvalitative data var samlet inn gjennom etnografisk feltarbeid, kvalitative intervju og analyser av refleksjonsnotater. Av totalt 349 tjenesteytere, svarte 86 prosent på personalundersøkelse ved baseline og 65 prosent på oppfølgingen.

Resultatene viste at intervensjonsgruppen hadde større grad av bevissthet knyttet til tvangsbruk sammenlignet med kontrollgruppen. Personalet ble mer bevisste hvilke situasjoner som inneholdt tvangsbruk, mer engasjerte på å finne alternative løsninger og ga solide argumenter for og imot tvangsbruk i hver enkelt situasjon. Ledelse viste seg å være en viktig faktor for hvorvidt intervensjonen lykkes eller ikke. I hvilken grad personalet brukte tillitsskapende tiltak, hang nært sammen med personalets opplevelse av ledelsen. Det var altså en nær korrelasjon mellom positiv oppfatning av ledelsen, og en positiv oppfatning til at sykehjemmet benyttet seg av tillitsskapende tiltak fremfor tvangsbruk. Engasjerte og involverte ledere viste seg å være en avgjørende faktor for hvorvidt personalet benyttet seg av verktøyene de mottok, samt deltok i veiledningsgruppene og dermed implementerte den nye praksisen. Arbeidskultur var også en avgjørende faktor. Et godt arbeidsmiljø preget av kollektiv læring og kunnskapsdeling var en fremmende faktor.

**Artikkel 5: Effectiveness of a Multifactorial Intervention to Reduce Physical Restraints in Nursing Home Residents (Koczy et al., 2011).**

Formålet med denne forskningsartikkelen var å evaluere effekten av en multifaktoriell intervensjon for å redusere tvangsbruken ovenfor demente på sykehjem. En person ved

hvert sykehjem ble utvalgt som endringsagent og mottok et seks timers treningskurs, og skulle videreformidle intervensjonen til personalet i løpet av de neste tre månedene. Undervisningsprogrammet bestod av teori for å øke kunnskap om demens og tvangsbruk. Blant annet negative sider ved tvangsbruk, alternativer til tvangsbruk, lovregulering, ulike strategier for å håndtere mennesker med demens og bivirkninger på medikament. Forskningsteamet var tilgjengelige på telefon gjennom hele perioden for råd og veiledning og alle sykehjemmene fikk tilbud om et besøk fra forskningsteamet.

Dette er en klynge randomisert kontrollert studie som tar for seg 45 sykehjem i Tyskland. Personalet dokumenterte tvangsbruk daglig 3 måneder før intervensjonen startet og fortsatte til etter intervensjonen ble avsluttet.

Resultatene viste at sannsynligheten for å være fri for tvang var dobbel så høy i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen etter intervensjonen. Falltendensen hadde en liten økning i intervensjonsgruppen og var uendret i kontrollgruppen. Bruken av psykoaktive legemidler og aggresjon var uendret i begge grupper.

Denne forskningsartikkelen viser at et kortvarig undervisningsprogram reduserte tvangsbruken betraktelig. Tidsperioden pasientene ble utsatt for tvang ble også redusert. Det ble ikke rapportert bivirkninger eller ulemper i intervensjonsgruppen. Det ble ikke dokumentert hvordan eller hvor ofte endringsagentene ga veiledning eller undervisning til personalet.

#### **Artikkel 6: Training in dementia care: a cluster-randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany (Kuske et al., 2009).**

Denne forskningsartikkelen undersøkte effekten av et undervisningsprogram designet for å forbedre interaksjonen mellom personalet og pasienter med demens.

Undervisningsprogrammet bestod av fem moduler hvor det ble brukt både teoretisk kunnskap og praktisk erfaring fordelt over 13 uker. Modulene inneholdt tema som generell kunnskap om demens, kommunikasjon med pårørende, nonverbal kommunikasjon og lignende. Undervisningsprogrammet skulle bidra til å bedre personalets ferdigheter til refleksjon og uavhengig problemløsning. Intervensjonen ble formidlet gjennom powerPoint



presentasjoner, forelesning, videoopptak, brainstorming og lignende, samt supplert med diskusjon av ulike scenario og opplevelser.

Dette er en klynge randomisert kontrollert studie gjennomført ved seks sykehjem i Tyskland. Data ble samlet inn ved baseline, ved avslutning av intervensjonen og etter seks måneder. Virkningen av undervisningen ble målt i intervensjonsgruppen sammenlignet med to kontrollgrupper: en avslapningsgruppe og en vanlig kontrollgruppe. Avslapningsgruppen fikk 13 en-timers pauser i løpet av perioden, hvor de fikk mulighet til å øve på pusteteknikker og muskelavslapning.

Resultatene indikerte at intervensjonen hadde en påvirkning på personalets kunnskap. Kunnskapen til personalet som deltok i intervensjonen var signifikant høyere rett etter intervensjonen. Men denne effekten var ikke opprettholdt til oppfølgingen etter seks måneder, noe som kan begrunnes ut fra mangel på ytterligere støtte til personalet etter intervensjonen. Dette resultatet støtter antakelsen om at pågående støtte, endringer i arbeidsmiljø og organisering er nødvendig for å implementere ny praksis. I kontrollgruppene var mengde kunnskap uendret. I intervensjonsgruppen var tvangsbruken uendret ved oppfølging, mens det i kontrollgruppene var en signifikant økning. Personalets kompetanse hadde en signifikant økning fra baseline til oppfølging etter seks måneder, i både intervensjonsgruppen og kontrollgruppene. Når det gjelder utbrenthet, helseklager og bruk av beroligende legemidler var det ikke noen signifikante endringer i noen av gruppene, utenom en reduksjon i helseklager i avslapningsgruppen.

## **5.0 Analyse og diskusjon**

Gjennom denne analyse- og diskusjonsdelen vil jeg besvare problemstillingen min «*Hvilken effekt har undervisningsprogram for helsepersonell på reduksjon av tvang ovenfor mennesker med demens på sykehjem?*»

Først skal jeg gi et kort sammendrag av mine funn, før jeg går over til analyse og diskusjon av funnene. Jeg analyserer og diskuterer funnene i forskningsartiklene opp mot hverandre og annen forskningslitteratur og teori for å besvare problemstillingen. Jeg vil også diskutere ulike forutsetninger, fremmende og hindrende faktorer som muligens kan ha påvirket intervensjonen.

I alle forskningsartiklene ble det satt i gang et undervisningsprogram for å øke personalets kunnskap og kompetanse om demens. Undervisningsprogrammene var ulike med tanke på varighet og tilnærming, men en fellesnevner var at alle fokuserte på å minimere tvangsbruk. Resultatene i alle studiene indikerer en endring, men endringene var ulike. I noen av artiklene var tvangsbruken betydelig redusert i intervensjonsgruppen, i andre artikler var tvangsbruken betydelig økt i kontrollgruppen, eller betydelig redusert i begge. Alle forskningsartiklene hadde en form for positivt endring i tvangsbruk, enten det var sammenlignet med kontrollgruppen eller baseline.

## 5.1 Ulike oppfatninger av tvang

Hva som regnes som tvang er ulikt i de forskjellige artiklene. En definisjon er «A physical restraint was defined as any technical device that inhibits a person's free physical movement (e.g., belts and chairs with tables), excluding bedrails” (Pellfolk et al., 2010). En annen definisjon er “Restraint was defined as any limitation on a person’s freedom of movement, including physical restraint, electronic surveillance, force or pressure in medical examination or treatment, or any force or pressure in ADL” (Testad et al., 2010). I en annen artikkel defineres tvangsbruk som:

any device, material or equipment attached to or near a person's body and which cannot be controlled or easily removed by the person and which deliberately prevents or is deliberately intended to prevent a person's free body movement to a position of choice and/or a person's normal access to their body. (Koczy et al., 2011)

I de to siste artiklene defineres ikke ordet tvang, men ut fra resultatene ser det ut som begge artiklene har en relativt vid forståelse av begrepet. Ut fra sitatene ser man en stor variasjon i definisjonen på ordet tvang. Noen av artiklene har undersøkt tvangsbruk i form av tekniske innretninger og utstyr som hindrer pasientens bevegelse og tilgang på egen kropp. Dermed kan det se ut som artiklene ikke har inkludert alle aspekter av tvangsbegrepet og dermed har en smalere forståelse av begrepet. Andre artikler inkluderer flere aspekter av tvangsbegrepet som makt og press tilknyttet dagliglivets aktiviteter, medisinske undersøkelser og behandlinger, og har dermed en videre forståelse av tvangsbegrepet.

Ulike definisjoner på tvang kan påvirke resultatene i stor grad. For det første vil artiklene med vid forståelse av begrepet mest sannsynlig rapportere om mer tvangsbruk, da deres

tvangsbegrep rommer mer. For det andre kan det være at artiklene med en smal forståelse av begrepet slutter å bruke belter, men begynner å bruke en annen form for tvang, noe som vil resultere i at tvangsbruken i studien reduseres men tvangsbruken i den virkelige verden bare endres. Det vil derfor være vanskelig å måle effekten av de ulike undervisningsprogrammene da definisjonen av tvang er svært ulik.

## 5.2 Bidrar undervisningsprogram til reduksjon av tvang?

I alle forskningsartiklene ble det rapportert en signifikant endring i tvangsbruk. I artikkelen til Testad et al. (2015) ble tvangsbruken redusert fra 33 til 23 hendelser. I forskningsartikkelen til Pellfolk et al. (2010), Testad et al. (2010) og Koczy et al. (2011) vises det en signifikant reduksjon i tvangsbruken etter intervensjonen. I Kuske et al. (2009) er tvangsbruken nærmest uendret etter intervensjonen. I fire av fem tilfeller ble tvangsbruken redusert signifikant.

Hvorvidt det er selve undervisningsprogrammene som har gitt den positive endringen i tvangsbruk er vanskelig å fastslå. I Testad et al. (2015) har kontrollgruppen en enda større reduksjon i tvangsbruk etter intervensjonen. Dette kan muligens forklares med at alle sykehjemmene i både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen har deltatt i et undervisningsprogram i regi av staten for å redusere tvangsbruk. I tillegg kan personalet i intervensjonsgruppen blitt mer bevisst tvangsbruk, og dermed ha lavere terskel for å rapportere og dokumentere situasjoner med tvangsbruk. Dermed kan personalet i intervensjonsgruppen dokumentere hendelser som kontrollgruppen ikke ville dokumentert grunnet mangel på kunnskap og bevissthet (Testad et al., 2015). I forskningsartikkelen til Pellfolk et al. (2010) er resultatene klare, intervensjonsgruppen hadde en signifikant reduksjon i tvangsbruken, kontrollgruppen forble uendret. I Testad et al. (2010) er også resultatet klart, det var en signifikant reduksjon i tvangsbruk i intervensjonsgruppen etter intervensjonen samt liten endring i kontrollgruppen. I Koczy et al. (2011) var sjansen for å bli utsatt for tvangsbruk dobbelt så liten i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen. I Kuske et al. (2009) var tvangsbruken i intervensjonsgruppen nærmest uendret, men det var en signifikant økning i tvangsbruk i kontrollgruppene. Dette kan muligens forklares ved at undervisningsprogrammet har hindret en økning i tvangsbruken, og dermed unngått at tvangsbruken har økt i takt med kontrollgruppen. På bakgrunn av

diskusjonen over mener jeg det er stor sannsynlighet å tro at reduksjon i tvangsbruk er et resultat av undervisningsprogrammene.

Langtidseffekten av undervisningsprogrammene har bare to av de inkluderte forskningsartiklene forsket på. I Testad et al. (2010) var tvangsbruken i kontrollgruppen betydelig redusert etter 12 måneder, noe som gjorde at forskjellen mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen dermed var liten etter 12 måneder. Dette foreslår at den positive effekten av intervensjonen ikke varer utover intervensjonsperioden, og årsakene kan være mange. En årsak kan være varigheten på intervensjonen. Det er mulig at undervisningsprogrammet ikke har vart lenge nok og dermed ikke gitt personalet nok tid til å endre sin praksis. En annen årsak kan være at personalet er avhengig av kontinuerlig oppfølging for å opprettholde den positive effekten (Testad et al., 2010). I forskningsartikkelen til Kuske et al. (2009) var tvangsbruken uendret etter seks måneder, med en signifikant økning i kontrollgruppen. Personalets kunnskap og kompetanse om demens økte signifikant etter intervensjonen, men denne effekten var ikke opprettholdt til oppfølging etter seks måneder.

I artiklene informeres det ikke om en plan for hvordan den nye kunnskapen skal brukes videre etter intervensjonen avsluttes. I følge pasientsikkerhetsprogrammet (u.å.) er det viktig å ha en plan for implementering for å klare å gjøre den nye praksisen til en del av virksomhetens praksis og daglige rutiner. Denne planen må si noe om hvordan leder og personalet skal gjennomføre implementeringen. I tillegg er det viktig med en plan for videre overvåkning etter at den nye praksisen er implementert (Skjellanger, u.å.). I følge Løvsletten (2013) er det mange utfordringer knyttet til fagutvikling. Det er svært viktig at personalet er bevisst sitt eget ansvar for kompetanseheving og at de har evne til å planlegge ulike oppgaver. Det er også svært viktig å tilrettelegge for fagutviklingstiltak gjennom gode strukturer og planer. Arbeidsmiljø spiller en stor rolle, og et godt arbeidsmiljø vil bidra til å personalet opplever trygghet og en positiv innstilling til endringer. I flere tilfeller kan det ta opptil flere år før ny praksis er implementert, det er derfor viktig å sette av god nok tid for personalet til å tilegne seg ny kunnskap. Uklare mål, dårlig ledelse, mangel på ressurser og et stramt tidsskjema er de vanligste hindringene for en vellykket implementering (Løvsletten, 2013). Det kan derfor være svært mange forklaringer på hvorfor ikke den positive effekten

har holdt seg etter avsluttet intervensjon. Dette viser muligens også at små endringer og planer kan føre til en vellykket intervensjon og opprettholdte positive effekter.

### 5.3 Endringer i holdninger ovenfor tvangsbruk

I Pellfolk et al. (2010) var personalets holdninger endret etter intervensjonen, og det var betydelig mindre sjans for at pasientene ble utsatt for tvangsbruk. Personalets holdninger var endret slik at det var ønskelig å unngå tvangsbruk. Disse resultatene indikerer at det er en assosiasjon mellom holdninger og bruk av tvang. Dette støtter også oppunder hypotesen at økt kunnskap, endrer holdninger som igjen endrer tvangsbruken (Pellfolk et al. 2010). Etter intervensjonen i Jacobsen et al. (2017) viste personalet en større bevissthet knyttet til tvangsbruk. Personalet ga solide argumenter for og imot tvangsbruk i hver enkelt situasjon (Jacobsen et al., 2017).

Karlsson et al. (2005) har gjennomført en studie som tok sikte på å undersøke forskjeller mellom sykehjem som benyttet seg av mye tvangsbruk, og sykehjem som var fri for tvang. Personalets holdninger var en faktor som viste seg å være nært knyttet til hyppighet av tvangsbruk. Ved sykehjemmene som benyttet seg av mye tvang, hadde personalet en positiv holdning til tvangsbruk. Det viste seg også å være en korrelasjon mellom holdninger og kunnskap. Personal som hadde en positiv holdning til tvangsbruk, hadde liten kunnskap om lovverk og negative konsekvenser. Personal med mye kunnskap om konsekvenser og lovverk, hadde en negativ holdning til tvangsbruk. Dermed påstår Karlsson et al. (2005) at personalets holdninger er en viktig faktor som påvirker beslutningstakingen rundt tvangsbruk. Dermed støtter funnene i denne forskningsartikkelen opp hypotesen til Pellfolk et al. (2010), at økt kunnskap, endrer holdninger, som igjen endrer tvangsbruk. Dermed er det grunn til å tro at undervisningsprogram som gir personalet mer kunnskap om demens, endrer deres holdningene og dermed endrer deres praksis i retning mindre tvangsbruk.

### 5.4 Ulike strategier og alternative løsninger til tvangsbruk

Formålet med undervisningsprogrammene var i hovedsak å unngå tvangsbruk. For å unngå å bruke tvang er det nødvendig å ha kunnskap og erfaring til ulike alternative strategier og tiltak. Flere av undervisningsprogrammene hadde et fokus på å gi personalet verktøy og kunnskap for å håndtere utfordrende situasjoner uten å benytte seg av tvang. Disse ulike

strategiene nevnes ikke i forskningsartiklene, men Gjerberg et al. (2013) har gjennomført en studie med hovedmål å undersøke hvilke strategier og alternative tiltak helsepersonell benytter seg av for å unngå å bruke tvang i utfordrende situasjoner. Å «lokke og lure» var en teknikk personalet ofte benyttet seg av. Ved å fokusere på positive ting prøvde personalet å skru pasientens oppmerksomhet bort fra situasjonen og klarte dermed å gjennomføre helse- og omsorgshjelp uten motstand. Å begrense valg gjennom bevisst språkbruk var en annen mye brukt teknikk. Da ble språket brukt på en konsekvent måte som unngikk eksplisitte spørsmål og dermed reduserte pasientens valg. Et eksempel kan være å informere pasienten at det er tid for en dusj, i stedet for å spørre om vedkommende ønsker å dusje. Å prøve senere, endre personal og en-til-en omsorg kom også frem som effektive løsninger. Om pasienten viste motstand ved første anledning, ventet personalet til pasientens humør eller situasjon forøvrig endret seg og prøvde igjen. Å endre personal handler om å la noen andre overta en situasjon som oppleves vanskelig. Ofte blir situasjonen lettere om det opprinnelige personalet forlater situasjonen og noen andre tar over. En-til-en omsorg handler om å være med pasienten på det han eller hun finner på. F.eks. om en pasient vandrer i gangen, kan personalet være med å vandre i gangen. Det å følge med pasienten har verdier utover det fysiske aspektet, det skaper tillitt og reduserer motstand og aggresjon hos pasienten (Gjerberg et al., 2013). Som vist over finnes det flere alternative strategier og tiltak som gjør det mulig å utføre helse- og omsorgshjelp uten tvangsbruk. Det er grunn til å tro at personalet som har fullført undervisningsprogrammene har fått kunnskap om slike alternative strategier og tiltak, og dermed lettere kan håndtere utfordrende situasjoner på en rask og enkel måte.

## 5.5 Kommunikasjon med mennesker med demens

Kommunikasjon er en viktig del av å gi omsorg, og å kunne kommunisere på en forståelsesfull og presis måte kan være en faktor som reduserer tvangsbruk. I Pellfolk et al. (2010) var et av temaene i undervisningsprogrammet aspekter av interaksjon og kommunikasjon mellom personal og pasient. I Kuske et al. (2009) var en del av undervisningsprogrammet fokusert på hvordan en skal kommunisere med demente og nonverbal kommunikasjon (Kuske et al., 2009). I andre undervisningsprogram kommer ikke kommunikasjon frem som et eget tema i programmene, men gode kommunikasjonsferdigheter er nødvendig for å gjennomføre flere deler av

undervisningsprogrammene. Som for eksempel i Testad et al. (2015) for å bedre forholdet og forståelse mellom pasient og personal.

I følge Helsenorge (u.å.) kan mennesker med demens ha problemer med å forstå meningen i det som blir sagt, og kan ofte misforstå. Det blir ofte vanskelig for dem å finne de riktige ordene for å formidle ønsker og behov. Det kan være svært vanskelig å holde tråden og flyten i samtalen, noe som kan være plagsomt og frustrerende for alle involverte parter. Når en kommuniserer med mennesker med demens finnes det ingen fasit for hvordan det skal gjøres, men det er flere tips som kan forbedre kommunikasjonen betraktelig. Det er viktig å være tydelige og konkret og bruke enkle og korte setninger. En må prate om en ting om gangen, unngå distraherende faktorer og ta seg god tid. I tillegg er det viktig å bruke kroppsspråket aktivt og vise genuin interesse for det som prates om (Helsenorge, u.å.).

I en forskningsartikkel som tok for seg effekten av et program for å forbedre kommunikasjonsferdigheter mellom personal og pasient med demens, viste det seg at programmet hadde en positiv påvirkning på pasientenes velvære. Forbedret kommunikasjonsferdigheter gjorde også personalet i stand til å håndtere ulike vanskelige situasjoner bedre. Funnene i denne artikkelen viser ingen endring i tvangsbruk, men dette kan være grunnet svært lite tvangsbruk ved baseline (McCallion et al., 1999). Ved at personalet klarer å håndtere vanskelige situasjoner bedre, vil dette også kunne bidra til å forebygge slik at personalet ikke havner i en situasjon de ville brukt tvang. På den måten vil disse funnene støtte antakelsen om at gode kommunikasjonsferdigheter kan redusere tvangsbruk. Dermed kan en anta at undervisningsprogram med fokus på kommunikasjonsferdigheter, har bidratt til å bedre personalets kommunikasjonsferdigheter og dermed redusert tvangsbruk.

## 5.6 Forutsetninger for bruk av alternative strategier og tiltak

Andel av personale med høyere utdanning var ulik mellom forskningsartiklene. I Testad et al. (2010), Kuske et al. (2009) og Pellfolk et al. (2010) hadde opp mot 90 prosent av personalet i intervensjonsgruppen høyere utdanning. I Jacobsen et al. (2017) hadde 34 prosent av intervensjonsgruppen høyere utdanning. I resterende forskningsartikler oppgis ikke personalets utdanning. En grunn til stor variasjon i personalets utdanning kan være ulikheter i studiens størrelse. En annen grunn for variasjon kan være hvilke personal som er

inkludert i studien, f.eks. om noen studier inkluderte vikarer, mens andre bare inkluderte fast ansatte, vil dette skape en skjevhet i resultatene. På noen sykehjem kan også pasientgruppen hatt behov for en større andel høyere utdannede for å dekke pleie- og omsorgsbehovet.

Gjerberg et al. (2013) har identifisert ulike forutsetninger som må være til stede for at personalet skal benytte seg av alternative strategier og tiltak for å unngå tvangsbruk. Utdanning og kompetanse var en viktig forutsetning. Personale med høyere utdanning så ut til å lettere forstå hva som var riktig og galt å gjøre, samt oftere fant gode løsninger kjapt. I tillegg så oftere personalet med høyere utdanning underliggende årsaker til ulik atferd. Kjennskap til pasientene og ressurser som bemanning var også viktige forutsetninger for å unngå tvangsbruk. Det er viktig å ha nok personal til stede til enhver tid (Gjerberg et al., 2013).

I forskningsartiklene oppgis det ikke informasjon om kjennskap til pasientene eller tilgang på ressurser og bemanning. Disse forutsetningene kan ha påvirket utfallet av intervensjonene. Grunnet ulikheter i rapportering av resultater er det vanskelig å si om disse forutsetningene har påvirket utfallet av intervensjonen i noen grad. Det er også svært vanskelig å sammenligne om forskjellene i utdanning mellom sykehjemmene på tvers av forskningsartiklene har hatt noen betydning for utfallet. Disse forutsetningene er viktig å være klar over, slik at eventuelle nye intervensjoner tar disse forutsetningene i betraktning. Det kan være at en endring i noen av forutsetningene hadde ført til enda større reduksjon i tvangsbruk. F.eks. om et sykehjem hadde fått økt bemanning, slik at personalet hadde fått bedre tid til hver enkelt pasient.

## 5.7 Påvirkning fra ledelse og arbeidskultur

Ledelse er i følge Jacobsen et al. (2017) en faktor som kan både fremme og hindre bruk av tillitsskapende tiltak som alternativ for tvangsbruk. Sykehjem hvor lederen var engasjert og involvert hadde større sannsynlighet for å benytte seg av verktøyene de mottok i forbindelse med intervensjonen. I tillegg var det større deltakelse og engasjement i veiledningstimene blant personalet som hadde en positiv oppfatning av ledelsen. I sykehjem hvor ledelsen var fraværende eller ikke viste engasjement til intervensjonen og dermed ikke viderefremmet viktigheten av intervensjonen var deltakelsen i veiledningsgruppene lavere. Også



arbeidskulturen var en avgjørende faktor i hvorvidt intervensjonen lyktes. Sykehjem som hadde en arbeidskultur preget av kollektiv læring og kunnskapsdeling lyktes i større grad med intervensjonen (Jacobsen et al., 2017). Viktigheten av ledelse og arbeidskultur kommer også frem i flere artikler. En forskningsartikkel av Anderson et al. (2003) viste at ledelse spilte en stor rolle for sykehjemmet og påvirket personalet i stor grad. Her kommer det også frem at en ledelse som var åpen, hvor personalet kunne ytre sine meninger uten å være redd for konsekvenser, var relatert til lite tvangsbruk. Kultur spilte også en stor rolle, og artikkelen konkluderer med at sykehjem trenger kulturer som er preget av et ønske om å gjøre det beste for pasientene (Anderson et al., 2003). Også i Øye et al. (2016) vises ledelsens viktige rolle for å gjøre forandringer i sykehjem. Ledelsen må være tilstedeværende for å suksessfullt iverksette ny praksis. Dermed kan det se ut til at Jacobsen et al. (2017) sin påstand om at ledelse og arbeidskultur er to avgjørende faktorer for hvorvidt sykehjemmene benytter seg av tillitsskapende tiltak fremfor tvang, stemmer. Dette kan også vise at det er nødvendig å endre holdninger hos personalet, for å endre arbeidskultur.

## 5.8 Stryker og svakheter ved oppgaven

Denne oppgaven har flere styrker. En styrke er at jeg har benyttet meg av seks forskjellige forskningsartikler som alle har forsket på effekten av undervisningsprogram. Disse undervisningsprogrammene har vært ulike i forhold til varighet og innhold, noe som gjør det mulig å se effekten av ulike undervisningsprogrammer. Fem av seks forskningsartikler inkludert i oppgaven er randomisert kontrollert studier, som er den best egnede metoden til å undersøke effekten av en intervensjon. En forskningsartikkel er mixed method som benytter seg av kvalitativ og kvantitativ data som egner seg godt til å forstå og belyse et fenomen, i dette tilfellet fremmende og hindrende faktorer. En annen styrke ved oppgaven er at det er inkludert forskningsartikler fra ulike land, noe som styrker oppgavens troverdighet. Flere av inkluderte forskningsartikler har forsket på et stort utvalg av sykehjem, og dermed et representativt utvalg.

En svakhet med denne oppgaven er at flere av forfatterne har deltatt i flere av forskningsartiklene. Dette kan være en svakhet da forfatterne kan gå inn med en forforståelse og mening som preger studien. Jeg har valgt å inkludere disse artiklene da jeg mener alle egner seg til å besvare problemstillingen, samt mangel på forskningsartikler med

samme metode. Resultatene i forskningsartiklene er presentert på ulike måter, som gjør det vanskelig å sammenligne resultatene. Det er dermed vanskelig å avgjøre hvilke undervisningsprogram som har størst effekt. Oppgaven inkluderer heller ikke forskningsartikler som måler langvarig effekt på undervisningsprogram utover ett år. Tidsbegrensning og mangel på erfaring er også en svakhet ved denne oppgaven.

## 6.0 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg benyttet meg av forskningslitteratur hentet gjennom systematisk søk i ulike helsefaglige databaser for å besvare problemstillingen «*Hvilken effekt har undervisningsprogram for helsepersonell på reduksjon av tvang ovenfor mennesker med demens på sykehjem?*»

Gjennom denne oppgaven har jeg sett at resultatene i alle forskningsartiklene viste en positiv utvikling i tvangsbruk etter undervisningsprogrammet sammenlignet med baseline eller kontrollgruppen. I fem av seks forskningsartikler hadde intervensjonsgruppen en signifikant reduksjon i tvangsbruk etter intervensjonen, og i den siste var tvangsbruken uendret i intervensjonsgruppen med betydelig økning i kontrollgruppen.

Undervisningsprogram viste seg å ha en positiv effekt på personalets kunnskap og holdninger. Det antas at økt kunnskap, fører til endret holdning som igjen fører til reduksjon av tvang. Personalets bevissthet rundt tvangsbruk ble og endret, og personalet ble flinkere på å bruke alternative strategier og ga velbegrunnede argumenter for og i mot tvangsbruk i hver enkelt situasjon. Det var ikke en signifikant endring i aggresjon eller bruk av legemidler. Langtidseffekten av undervisningsprogrammet på tvangsbruk ble målt i to artikler, hvor den positive effekten ikke var opprettholdt ved oppfølging etter seks og 12 måneder. Dette kan muligens skyldes mangel på tid, varighet eller oppfølging. Dette funnet kan foreslå at det er nødvendig med en grundig plan for implementering av ny praksis, klare mål, nok ressurser, godt arbeidsmiljø og en engasjert ledelse for å lykkes med intervensjonen.

## 7.0 Litteraturliste

- Aldring og helse: Nasjonal kompetansetjeneste. (u.å). *Fakta om demens*. Hentet 7.april 2021 fra <https://www.aldringoghelse.no/demens/fakta-om-demens/>
- Anderson, R. A., Issel, L. M., & McDaniel, R. R. Jr. (2003). Nursing homes as complex adaptive systems: relationship between management practice and resident outcomes. *Nursing Research*, 52(1), 12–21.
- Aveyard, H. (2018). *Doing a Literature Review in Health and Social Care: a Practical Guide* (4.utg.). McGraw-Hill Education.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. Utg.). Gyldendal Akademisk.
- 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. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/0969733012473012>
- Gordon, S. E., Dufour, A. B., Monti, S. M., Mattison, M. L. P., Catic, A. G., Thomas, C. P., & Lipsitz, L. A. (2016). Impact of a Videoconference Educational Intervention on Physical Restraint and Antipsychotic Use in Nursing Homes: Results From the ECHO-AGE Pilot Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(6), 553–556. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.03.002>
- Helsebiblioteket (2016, 3. Juni). *Sjekklister*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Helsebiblioteket. (u.å.) *Randomisert kontrollert undersøkelse – RCT*. hentet 7. mai 2021 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/rct>
- Helsedirektoratet. (2021, 11. januar). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer#referere>
- Helsenorge. (u.å.) *Slik snakker du om demens*. Hentet 30. april 2021 fra <https://www.helsenorge.no/sykdom/demens/slik-snakker-du-om-demens/#a-kommunisere-med-personer-med-demens>
- Hem, H. M., Gjerberg, E., Pedersen, R. & Førde, R. (2011) Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang. *Sykepleien forskning*, 5(4). <https://sykepleien.no/forskning/2011/01/pleie-og-omsorg-i-grenselandet-mellom-frivillighet-og-tvang>

Høgskulen på Vestlandet. (u.å.) *Søk etter fagressursar*. Hentet 14. mai 2021 fra <https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/?filters=vernepleie>

Jacobsen, F. F., Mekki, E. T., Førland, O., Folkestad, B., Kirkevold, Ø., Skår, R., Tveit, M. E. & Øye, C. (2017). A mixed method study of an education intervention to reduce use of restraint and implement person-centered dementia care in nursing homes. *BMC Nursing*, 16, 1-11. DOI 10.1186/s12912-017-0244-0

Karlsson, S., Bucht, G., Eriksson, S., & Sandman, P. (2001). Factors relating to the use of physical restraints in geriatric care settings. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(12), 10.1046/j.1532-5415.2001.49286.x

Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, H. A. (Red.). (2014) *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (utg.2). Gyldendal.

Kirkevold, Øyvind. (2005). Bruk av tvang i sykehjem. *Tidsskriftet for Den norske legeforening*, 2005(10), 1346-1347. <https://tidsskriftet.no/2005/05/medisin-og-vitenskap/bruk-av-tvang-i-sykehjem>

Koczy, P., Becker, C., Rapp, K., Klie, T., Beische, D., Büchele, G., Kleiner, A., Guerra, V., Rißmann, U., Kurrle, S., & Bredthauer, D. (2011). Effectiveness of a multifactorial intervention to reduce physical restraints in nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(2), 333–339. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/j.1532-5415.2010.03278.x>

Kong, E., Song, E., & Evans, L. K. (2017). Effects of a Multicomponent Restraint Reduction Program for Korean Nursing Home Staff. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(3), 325–335. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/jnu.12296>

Kuske, B., Luck, T., Hanns, S., Matschinger, H., Angermeyer, M. C., Behrens, J., & Riedel-Heller, S. G. (2009). Training in dementia care: a cluster-randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany. *International Psychogeriatrics*, 21(2), 295–308. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1017/S1041610208008387>

Løvsletten, M., (2013). *Fagutvikling i praksis: fagutvikling er et viktig hjelpemiddel for å heve kompetansen i helsetjenesten, men krever ressurser, metodekunnskap og samarbeid*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/forskning/2013/01/fagutvikling-i-praksis>

McCallion, P., Toseland, R. W., Lacey, D., & Banks, S. (1999). Educating nursing assistants to communicate more effectively with nursing home residents with dementia. *Gerontologist*, 39(5), 546–558. 10.1093/geront/39.5.546

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§4-6>
- Pedersen, R., Hem, M. H., Gjerberg, E. & Førde, R., (2013). Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning. *Tidsskriftet for Den norske legeförening*, 133(18).  
<http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.13.0237>
- Pellfolk, T., Gustafson, Y., Bucht, G. & Karlsson, S. (2010). Effects of a Restrain Minimization Program on Staff Knowledge, Attitudes, and Practice: A Cluster Randomized Trial. *The American Geriatrics Society*, 58(1), 62-69. [10.1111/j.1532-5415.2009.02629.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02629.x)
- Skjellanger, A.,G. (u.å.). *Forbedringsguiden: teorier, tips og verktøy for forbedringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Pasientsikkerhetsprogrammet. Hentet 19. april 2021 fra [https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/forbedringskunnskap/forbedringsarbeid/her-kan-du-laste-ned-forbedringsguiden/\\_attachment/inline/c4726dfa-407b-49c8-b141-6ee3ff384871:c32236efd604d926b9803254ff6ca25121108570/forbedringsguiden-juli-2018-lavoppl.pdf](https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/forbedringskunnskap/forbedringsarbeid/her-kan-du-laste-ned-forbedringsguiden/_attachment/inline/c4726dfa-407b-49c8-b141-6ee3ff384871:c32236efd604d926b9803254ff6ca25121108570/forbedringsguiden-juli-2018-lavoppl.pdf)
- Testad, I., Ballard, C., Brønne, K. & Aarsland, D. (2010). The effect of staff training on agitation and use of restraint in nursing home residents with dementia: a single-blind, randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry*, 71(1), 80-86. [10.4088/JCP.09m05486oli](https://doi.org/10.4088/JCP.09m05486oli)
- Testad, I., Mekki, E. T., Førland, O., Øye, C., Tveit, M. E., 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.  
<https://doi.org/10.1002/gps.4285>
- Testad, I., Aasland, A.M. & Aarsland D. (2005). The effect of staff training on the use of restraint in dementia: a single-blind randomised controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(6), 587–590. [https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1002/gps.1329](https://doi.org.galanga.hvl.no/10.1002/gps.1329)
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. Utg.). Universitetsforlaget.

## Vedlegg 1: Søkelogg

Dato	Database	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstract	Inkluderte artikler
10.04.21	Academic search elites + CINAHL + ERIC	dementia OR alzheimers AND nursing homes OR care homes OR long term care OR residential care OR aged care facility AND coercion OR seclusion AND Norway	2009-2021  Fagfelleurdert	14	14	2
10.04.21	PubMed	dementia OR alzheimers AND nursing homes OR care homes OR long term care OR residential care OR aged care facility AND coercion OR seclusion AND Norway	2009-2021  Fagfelleurdert	12	12	1
30.03.21	SveMed+	Tvang AND makt AND demens		11	2	0
19.04.21	Academic search elites + CINAHL + ERIC	dementia OR alzheimers AND nursing homes OR care homes OR long term care OR residential care OR aged care facility AND coercion OR seclusion AND Education OR training OR learning OR teaching	2009-2021  Fagfelleurdert	47	8	2

## Vedlegg 2: Kildekritikk

### Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT)

#### Kritisk vurdering av:

Testad, I., Mekki, E. T., Førland, O., Øye, C., Tveit, M. E., 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. <https://doi.org/10.1002/gps.4285>

#### Del A: Er studien en randomisert kontrollert studie?

##### Er forskningsspørsmålet klart og tydelig?

Ja –  Nei –  Uklart

##### Kommentar:

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of a tailored 7-month training intervention “Trust Before Restraint,” in reducing use of restraint, agitation, and antipsychotic medications in care home residents with dementia.

##### Ble deltagerne tilfeldig fordelt (randomisert) på en tilfredsstillende måte?

Ja –  Nei –  Uklart

##### Kommentar:

Deltakerne ble randomisert etter at de ble rekruttert til et 7-måneders undervisningsprogram eller behandling som vanlig.

##### Ble alle inkluderte deltagere gjort rede for ved slutten av studien?

Ja –  Nei –  Uklart

##### Kommentar:

Begrunnelse for frafall er hos 3 deltakere dødsfall, resten uvisst.

#### Del B: Er den metodiske kvaliteten tilfredsstillende?

##### Blinding

##### Ble deltagerne blindet med hensyn til hvilket tiltak de fikk?

Ja –  Nei –  Uklart

##### Ble den som gav tiltaket blindet med hensyn til hvilken gruppe deltagerne var i?

Ja –  Nei –  Uklart

##### Ble den som målte og/eller analyserte utfallene blindet?

Ja –  Nei –  Uklart

##### Kommentar:

Deltakerne ble blindet med hensyn til hvilket tiltak de fikk. Behandlingsallokering ble avslørt for tilretteleggingsteamene når baseline var fullført.

##### Var gruppene like ved starten av studien?

Ja –  Nei –  Uklart

##### Kommentar:

Det var skjev fordeling i antall deltakere i intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. Det var signifikant forskjell mellom intervensjonsgruppen i forhold til aler, ADL score, CMAI score og NPI score.

**Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som ble evaluert?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

Det var bare undervisningsprogrammet som utgjorde ulik behandling mellom gruppene. Måletidspunktene var like for begge gruppene.

**Del C: Hva er resultatene?**

**Er effektene av tiltakene omfattende rapportert?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

Det blir redegjort for hvilke tester som ble brukt for å måle effekten. Det ble indikert en minimal klyngeeffekt, derfor ble analysen gjennomført uten å justere for klyngeeffekt. Det ble målt både primærutfall og sekundære utfall.

**Er presisjon rundt effektestimater rapportert?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Veier fordelene ved tiltaket opp for bivirkninger og kostnader?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

Resultatene viser en signifikant reduksjon i tvangsbruk i intervensjonsgruppen, med en enda større reduksjon i kontrollgruppen. Det ble ikke rapportert bivirkninger eller uønskede hendelser.

**Del D: Kan resultatene være til hjelp i praksis?**

**Kan resultatene overføres til din praksis?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

Deltakerne i studien er like de jeg møter i praksis, og dermed ville resultatet trolig blitt de samme. Utfallet av studien er viktig for pasienter jeg møter i min praksis. Jeg hadde ønsket en måling av effekten etter 12 måneder.

**Er tiltaket i studien bedre enn dagens praksis?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

Etter intervensjonen er det betydelig mindre tvangsbruk ved sykehjemmene. Det opplyses ikke om kostnader av intervensjonen, men ut fra det jeg kan resonnerer meg frem til er kostnadene relativt lave da en utnytter ressursene på sykehjemmet og gir dem mer kunnskap og kompetanse til å handle på en god måte.

**Oppsummering av vurderingen**

Dette er en randomisert kontrollert studie som har randomisert deltakerne på en tilfredsstillende måte og har et representativt utvalg av respondenter. Det er noe skjevhet i



respondenter mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen som kan ha påvirket utfallet. Resultatene er omfattende rapportert. Resultatene er positive og det opplyses ikke om noen bivirkninger eller ulemper knyttet til intervensjonen. Jeg kan på en god og rask måte iverksette tiltaket beskrevet i studien.

## **Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT)**

### **Kritisk vurdering av:**

Pellfolk, T., Gustafson, Y., Bucht, G. & Karlsson, S. (2010). Effects of a Restrain Minimization Program on Staff Knowledge, Attitudes, and Practice: A Cluster Randomized Trial. *The American Geriatrics Society*, 58(1), 62-69. [10.1111/j.1532-5415.2009.02629.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02629.x)

### **Del A: Er studien en randomisert kontrollert studie?**

Er forskningsspørsmålet klart og tydelig?

Ja –  Nei –  Uklart

#### **Kommentar:**

To evaluate the effects of a restraint minimization education program on staff knowledge and attitudes and use of physical restraints.

Ble deltagerne tilfeldig fordelt (randomisert) på en tilfredsstillende måte?

Ja –  Nei –  Uklart

#### **Kommentar:**

Randomiseringen ble gjort gjennom et lotterisystem ved bruk av identifikasjonskoder. Når flere enn en enhet var plassert i samme bygning, ble alle enhetene plassert i samme gruppe for å unngå kontaminering.

Ble alle inkluderte deltagere gjort rede for ved slutten av studien?

Ja –  Nei –  Uklart

#### **Kommentar:**

I follow-up manglet datainnsamling fra en enhet i kontrollgruppen. Det ble ikke redegjort hvorfor. Det ble heller ikke redegjort hvorfor flere falt fra både fra intervensjonsgruppen og kontrollgruppen.

### **Del B: Er den metodiske kvaliteten tilfredsstillende?**

#### **Blinding**

Ble deltagerne blindet med hensyn til hvilket tiltak de fikk?

Ja –  Nei –  Uklart

Ble den som gav tiltaket blindet med hensyn til hvilken gruppe deltagerne var i?

Ja –  Nei –  Uklart

Ble den som målte og/eller analyserte utfallene blindet?

Ja –  Nei –  Uklart

#### **Kommentar:**

Det oppgis ikke noe informasjon om blinding i artikkelen.

Var gruppene like ved starten av studien?

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

Ut fra informasjonen gitt i artiklene, er gruppene relativt like. Det er litt ulikhet i størrelse på gruppene, men ikke en signifikant størrelsesforskjell. Dermed mener jeg ulikhetene mellom gruppene er små nok til at utfallet ikke påvirkes.

**Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som ble evaluert?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

Gruppene ble behandlet likt utenom intervensjonen. Måletidspunktene var like i begge gruppene.

**Del C: Hva er resultatene?****Er effektene av tiltakene omfattende rapportert?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

Ulikt frafall i gruppene kan ha påvirket resultatet. I tillegg så kan den manglende data fra ene kontrollgruppen påvirke utfallet. Det ble brukt ulike tester for å undersøke ulike deler av effekten. Effekten er grundig rapportert i resultatdelen av studien. Det er ikke undersøkt langtidseffekt av intervensjonen.

**Er presisjon rundt effektestimater rapportert?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Veier fordelene ved tiltaket opp for bivirkninger og kostnader?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

Det er ikke rapportert uønskede bieffekter. Intervensjonen benytter en økonomisk og enkel måte å distribuere undervisning.

**Del D: Kan resultatene være til hjelp i praksis?****Kan resultatene overføres til din praksis?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

Deltakerne i studien er like menneskene jeg møter i praksis og dermed ville utfallet sannsynligvis ikke blitt annerledes. Jeg skulle ønsket artikkelen tok for seg langtidseffekten av intervensjonen.

**Er tiltaket i studien bedre enn dagens praksis?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

Det kreves få ressurser og relativt liten tid for tjenesteytere å delta.

**Oppsummering av vurderingen**

Jeg mener dette er en god studie som har forsket på effektiviteten av undervisningsintervensjon. Jeg kunne brukt denne intervensjonen til å endret praksis i egen organisasjon. Det er mulig på en rask og god måte å iverksette tiltaket beskrevet i studien, man trenger bare noe mer informasjon for selve gjennomføringen og innholdet. Jeg skulle

ønsket artikkelen tok for seg langtidseffekten av intervensjonen. Artikkelen har randomisert og blindet respondenter på en tilfredsstillende måte.

## **Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT)**

### **Kritisk vurdering av:**

Testad, I., Ballard, C., Brønnick, K. & Aarsland, D. (2010). The effect of staff training on agitation and use of restraint in nursing home residents with dementia: a single-blind, randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry*, 71(1), 80-86. 10.4088/JCP.09m05486oli

### **Del A: Er studien en randomisert kontrollert studie?**

Er forskningsspørsmålet klart og tydelig?

Ja –  Nei –  Uklart

#### **Kommentar:**

«The aim of this study was to determine whether an education and supervision intervention could reduce agitation and the use of restraints and antipsychotic drugs in nursing homes”

### **Ble deltagerne tilfeldig fordelt (randomisert) på en tilfredsstillende måte?**

Ja –  Nei –  Uklart

#### **Kommentar:**

Bare halvparten av de spurte sykehjemmene deltok. Dette kan føre til at de lederne av sykehjem som følte seg utsatt, lot vær å delta i forskningsprosjektet.

### **Ble alle inkluderte deltagere gjort rede for ved slutten av studien?**

Ja –  Nei –  Uklart

#### **Kommentar:**

Grunnen til frafallet er beskrevet som dødsfall, flytting, pensjon, sykemelding og ny jobb.

## **Del B: Er den metodiske kvaliteten tilfredsstillende?**

### **Blinding**

**Ble deltagerne blindet med hensyn til hvilket tiltak de fikk?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Ble den som gav tiltaket blindet med hensyn til hvilken gruppe deltagerne var i?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Ble den som målte og/eller analyserte utfallene blindet?**

Ja –  Nei –  Uklart

#### **Kommentar:**

Den som målte utfallene av intervensjonen var blindet for intervensjonen.

**Var gruppene like ved starten av studien?**

Ja –  Nei –  Uklart

#### **Kommentar:**

Gruppene var like i henhold til alder, kjønn ol. men det var signifikante forskjeller i tvangsbruk, bruk av legemidler og aggresjon hos pasientene.

**Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som ble evaluert?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

Gruppene ble behandlet likt for utenom intervensjonen. Måletidspunktene på begge gruppene var like.

## **Del C: Hva er resultatene?**

### **Er effektene av tiltakene omfattende rapportert?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

Resultatene har en omfattende rapportering av både hovedfunn og sekundærfunn. Det ble brukt ulike verktøy for å måle de forskjellige resultatene. Det var ulikt frafall i intervensjonsgruppen og kontrollgruppen noe som kan påvirke utfallet av intervensjonen.

### **Er presisjon rundt effektestimater rapportert?**

Ja –  Nei –  Uklart

### **Veier fordelene ved tiltaket opp for bivirkninger og kostnader?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

Det ble ikke rapportert noen bivirkninger eller ulemper tilknyttet intervensjonen. Dette er en kostnadseffektiv intervensjon.

## **Del D: Kan resultatene være til hjelp i praksis?**

### **Kan resultatene overføres til din praksis?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

Deltakerne i studien er lik nok de jeg møter i praksis, og dermed ville trolig resultatene blitt de samme.

### **Er tiltaket i studien bedre enn dagens praksis?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

Studien viser en positiv endring i pasientenes kvalitet på omsorg, ved at tvangsbruk ble redusert.

## **Oppsummering av vurderingen**

Jeg mener dette er en grei studie. Det er relativt få deltakere, og er negativt at bare halvparten av spurte sykehjem har valgt å delta. Intervensjonen i seg selv kan brukes for å oppnå endring, men det er uklart hvor lenge de positive endringene vil holde. Man kan raskt, enkelt og kostnadseffektivt sette i gang denne intervensjonen.

## **Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT)**

### **Kritisk vurdering av:**

Koczy, P., Becker, C., Rapp, K., Klie, T., Beische, D., Büchele, G., Kleiner, A., Guerra, V., Reißmann, U., Kurrle, S., & Bredthauer, D. (2011). Effectiveness of a multifactorial

intervention to reduce physical restraints in nursing home residents. Journal of the American Geriatrics Society, 59(2), 333–339. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/j.1532-5415.2010.03278.x>

## **Del A: Er studien en randomisert kontrollert studie?**

**Er forskningsspørsmålet klart og tydelig?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

To evaluate the effectiveness of a multifactorial intervention to reduce the use of physical restraints in residents of nursing homes.

**Ble deltagerne tilfeldig fordelt (randomisert) på en tilfredsstillende måte?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

Det ble sendt ut en invitasjon til 308 sykehjem, hvorav 123 ønsket å delta i intervensjonen. Det ble laget noen inklusjonskriterier slik at studien bare ville ta for seg sykehjem med en utstrakt problem med tvangsbruk. Dermed stod 45 sykehjem igjen til slutt. Det var en uavhengig organisasjon som gjennomførte randomiseringen.

**Ble alle inkluderte deltagere gjort rede for ved slutten av studien?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

Grunnet død og endret bosituasjon/jobb ble flere borte før oppfølgingen. Ingen grupper falt fra.

## **Del B: Er den metodiske kvaliteten tilfredsstillende?**

**Blinding**

**Ble deltagerne blindet med hensyn til hvilket tiltak de fikk?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Ble den som gav tiltaket blindet med hensyn til hvilken gruppe deltagerne var i?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Ble den som målte og/eller analyserte utfallene blindet?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

Det opplyses ikke om blinding i studien.

**Var gruppene like ved starten av studien?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

Gruppene var relativt like ved baseline. Det var en forskjell i tvangsbruk, med høyere bruk i intervensjonsgruppen. Det var også forskjell i kjønn og en signifikant større andel av pasientene i intervensjonsgruppen hadde en tendens til å falle. Dette er forskjeller som kan ha påvirket utfallet.

**Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som ble evaluert?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

Det ble ikke gjennomført andre intervensjoner enn undervisningsprogrammet. Målinger ble gjort på samme tidspunkt i begge grupper.

**Del C: Hva er resultatene?****Er effektene av tiltakene omfattende rapportert?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

Effekten av intervensjonen er omfattende rapportert, både primær resultater og sekundære resultater. Det ble benyttet ulike verktøy for å måle ulike resultater.

**Er presisjon rundt effektestimater rapportert?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Veier fordelene ved tiltaket opp for bivirkninger og kostnader?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

Det er ikke store kostnader eller bivirkninger. Sammenlignet med effekten er dette et veldig kostnadseffektivt intervensjon.

**Del D: Kan resultatene være til hjelp i praksis?****Kan resultatene overføres til din praksis?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

Dette er forsket på et representativt utvalg av sykehjem. Det er begrensninger knyttet til at intervensjonen foregikk i kort tid, og det er ikke rapportert om endringer i holdninger osv. Det er heller ikke rapportert om hvordan kontaktpersonene videreformidlet informasjonen. Jeg skulle ønsket at studien tok for seg langtidseffekten av intervensjonen.

**Er tiltaket i studien bedre enn dagens praksis?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

Studien har ført til stor reduksjon i tvangsbruk ved hjelp av relativt kort tid og utnyttelse av egne ressurser.

**Oppsummering av vurderingen**

Denne studien er helt grei. Det er ikke rapportert i faktiske tall, noe som gjør det vanskelig å sammenligne utfallet med andre artikler. Det er ikke redegjort for hvordan kontaktpersonene videreformidlet intervensjonen til personalet, noe som kan utgjøre en forskjell mellom gruppene. Det var også forskjeller mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen som kan ha påvirket utfallet. Det er dermed forskjeller som kan ha påvirket forholdet mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen, men trolig har ikke effekten mellom baseline og follow-up innad i gruppen blitt påvirket. Respondentene har blitt randomisert på en tilfredsstillende måte.

## Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT)

### Kritisk vurdering av:

Kuske, B., Luck, T., Hanns, S., Matschinger, H., Angermeyer, M. C., Behrens, J., & Riedel-Heller, S. G. (2009). Training in dementia care: a cluster-randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany. *International Psychogeriatrics*, 21(2), 295–308. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1017/S1041610208008387>

### Del A: Er studien en randomisert kontrollert studie?

Er forskningsspørsmålet klart og tydelig?

Ja –  Nei –  Uklart

#### Kommentar:

The main objective of this study is to evaluate the effectiveness of a general training program that has been developed in Germany for caregivers of residents with dementia.

Ble deltagerne tilfeldig fordelt (randomisert) på en tilfredsstillende måte?

Ja –  Nei –  Uklart

#### Kommentar:

Det ble valgt ut 10 sykehjem ut fra ulike kriterier. Fra disse 10 sykehjemmene ble 6 tilfeldig valgt ved hjelp av en data-generalisert randomiserings liste.

Ble alle inkluderte deltagere gjort rede for ved slutten av studien?

Ja –  Nei –  Uklart

#### Kommentar:

Begrunnelse for frafall er i hovedsak beskrevet som tidsmangel og sykdom. Personalet som frafalt var ikke signifikant forskjellig fra de som fullførte intervensjonen med tanke på alder, kjønn, arbeidserfaring og utdanning.

### Del B: Er den metodiske kvaliteten tilfredsstillende?

#### Blinding

Ble deltagerne blindet med hensyn til hvilket tiltak de fikk?

Ja –  Nei –  Uklart

Ble den som gav tiltaket blindet med hensyn til hvilken gruppe deltagerne var i?

Ja –  Nei –  Uklart

Ble den som målte og/eller analyserte utfallene blindet?

Ja –  Nei –  Uklart

#### Kommentar:

Personalet var ikke blindet med tanke på hvilken intervensjon dem mottok da det står følgende i teksten: The most important limitation of this study was that the caregivers were not blind to the treatment conditions, since nursing homes and participants only wanted to participate if they were informed about the study. De som randomiserte gruppene var blindet for intervensjonen.

Var gruppene like ved starten av studien?

Ja –  Nei –  Uklart

#### Kommentar:

Det var signifikant forskjell mellom gruppene i kunnskap og kompetanse, da kontrollgruppen hadde mye høyere kompetanse en intervensjonsgruppen og avslapningsgruppen. Tvangsbruken er også forskjellig mellom de ulike gruppene, med minst tvangsbruk i intervensjonsgruppen. Disse forskjellene kan ha påvirket utfallet av intervensjonen.

#### **Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som ble evaluert?**

Ja –  Nei –  Uklart

##### **Kommentar:**

Studien tok for seg tre ulike grupper. Hvorav en mottok intervensjonen og de to andre var kontrollgrupper. En av kontrollgruppene blir omtalt som avslapningsgruppe og mottok en intervensjon for å få mulighet til å slappe av og ta seg pauser på i løpet av arbeidsdagen. Denne intervensjonen var en del av studieprotokollen. Måletidspunktene var like i alle gruppene.

### **Del C: Hva er resultatene?**

#### **Er effektene av tiltakene omfattende rapportert?**

Ja –  Nei –  Uklart

##### **Kommentar:**

Det ble brukt ulike verktøy for å måle ulike effekter og utfall. Både primær og sekundær utfall ble omfattende rapportert ved å sammenligne utfallet av intervensjonen med kontrollgruppen og avslapningsgruppen.

#### **Er presisjon rundt effektestimater rapportert?**

Ja –  Nei –  Uklart

#### **Veier fordelene ved tiltaket opp for bivirkninger og kostnader?**

Ja –  Nei –  Uklart

##### **Kommentar:**

Effekten av tiltaket viser seg ved at det ikke er en økning i tvangsbruk, slik som det er i kontrollgruppene. Det er ikke rapportert store bivirkninger og kostnader. Tiltaket er kostnadseffektivt.

### **Del D: Kan resultatene være til hjelp i praksis?**

#### **Kan resultatene overføres til din praksis?**

Ja –  Nei –  Uklart

##### **Kommentar:**

Selv om denne studien er utført i Tyskland har Norge og Tyskland flere likheter. Det er et representativt utvalg av deltakere i studien.

#### **Er tiltaket i studien bedre enn dagens praksis?**

Ja –  Nei –  Uklart

##### **Kommentar:**

Studien førte ikke til reduksjon i tvangsbruk. Men intervensjonsgruppen fikk ikke den signifikante økningen i tvangsbruk som kontrollgruppen fikk. Dette kan være grunnet effekt av intervensjonen.

### **Oppsummering av vurderingen**



Min konklusjon er at dette er en god randomisert kontrollert studie. Utvalget og randomiseringer er gjort på en tilfredsstillende måte. Resultatene er omfattende rapportert og målt opp mot kontrollgruppen og avslapningsgruppen. Resultatene viser ikke en reduksjon i tvangsbruk, men intervensjonsgruppen har ikke en økning i tvangsbruken slik som kontrollgruppen, noe som kan vise effekt av intervensjonen.

## Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

### Kritisk vurdering av:

Jacobsen, F. F., Mekki, E. T., Førland, O., Folkestad, B., Kirkevold, Ø., Skår, R., Tveit, M. E. & Øye, C. (2017). A mixed method study of an education intervention to reduce use of restraint and implement person-centered dementia care in nursing homes. *BMC Nursing*, 16, 1-11. DOI 10.1186/s12912-017-0244-0

### Del A: Innledende vurdering

#### Er formålet med studien klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

#### Kommentar:

The primary aim of this mixed-method education intervention study was to investigate which factors hindered or facilitated staff awareness related to confidence building initiatives based on person-centred care, as an alternative to restraint in residents with dementia in nursing homes.

#### Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

#### Kommentar:

Dette er en mixed method studie. Studien har som formål å undersøke faktorer som påvirker et fenomen. På den måten handler studien om å forstå og belyse et fenomen.

#### Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

#### Kommentar:

Valg av forskningsdesign er begrunnet og hensiktsmessig. Forfatterne har valgt å kombinere en RCT studie og etnografisk forskning grunnet formålet var å evaluere både effekt av intervensjonen, og å tilføre kvalitativ data for å studere påvirkning av hindrende og promoterende faktorer.

#### Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

#### Kommentar:

Det er gjort rede for hvem som er valgt. Utvalget ble gjort på bakgrunn av sykehjem som allerede hadde deltatt i et annet forskningsprosjekt, da formålet med studien var å studere disse sykehjemmene.

#### Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

Det kommer klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data. Det ble benyttet data fra den tidligere studien, spørreskjema, fokusgruppeintervju, etnografisk feltarbeid og intervju. Dataen er tilstrekkelig for å besvare problemstillingen. Det begrunnes hvorfor disse metodene ble valgt, da det var nødvendig for å få en helhetlig innsikt i situasjonen.

**Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

Det blir diskutert hvordan størrelse på sykehjem og ledelse kan påvirke resultatene.

**Er etiske forhold vurdert?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

Informasjon om studien ble gitt til alle deltagende personal og pasienter, og det ble innhentet samtykke. Studien ble godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. I tillegg til etisk godkjenning av studien med tilretteleggere ble innhentet fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

**Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

Analysen av kvalitativ data ble gjennomført i tre steg av team av fire kvalitative forskere. Den første fasen var en tematisk og kontekstspesifikk tematisk kodingsprosedyre, basert på sammenligning av aktiviteter, oppførsel, oppfatninger, hendelser og interaksjon i de forskjellige sykehjemmene. Den andre fasen var en fokusert kodingsprosedyre, basert på sammenligning av aktiviteter, oppførsel, oppfatninger, hendelser og interaksjoner i de forskjellige sykehjemmene. Den tredje var informert av PARIHS-rammeverket. Dette gjelder refleksjonsnotater produsert av tilretteleggerne knyttet til coachingøkten, som ble analysert ved hjelp av direkte tematisk analyse.

**Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Del B: Hva er resultatene?****Er funnene klart presentert?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

Funnene er klart presentert. Kvantitative og kvalitative data ga forskjellig innsikt, og en kombinert innsikt var avgjørende for å analysere personalets karakteristika og oppførsel. Funnene er presentert under tematiserte overskrifter. Funnene er diskutert opp mot funn i andre forskningsartikler og teori.

**Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?**

**Hvor nyttige er funnene fra denne studien?****Kommentar:**

Funnene fra denne studien er svært nyttige da de viser hvilke faktorer som fremmer og hindrer implementering av undervisningsprogram. Studien viser hvilke faktorer som er avgjørende og spiller inn på hvordan undervisningsprogrammet lykkes eller ikke. Forskerne diskuterer studiens bidrag opp mot annen forskningsbasert litteratur.