



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Kvar går grensa?- Bruk av tvang i demensomsorga

Where is the limit? – Use of coercion in dementia care

Kandidatnummer - 465

Bachelor i sjukepleie
Høgskulen på Vestlandet
07.06.2022
Antall ord: 7711

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.

Tittel: Kvar går grensa? – Bruk av tvang i demensomsorga

Bakgrunn for val av tema: I dag lever over 100 000 menneskjer med demenssjukdom i Norge. Dette talet er venta å auke kraftig dei neste åra, og nærmast fordoble seg innan 2040. Forsking viser at bruk av tvang på norske omsorgssenter er utbreidd og gir konsekvensar for livskvaliteten til pasientar. Grensene mellom frivilligheit og tvang er ikkje alltid like tydlege. Det vil derfor vere viktig å sjå på kva tiltak som kan gjere at ein situasjon forblir frivillig, og ikkje utartar seg til tvang.

Problemstilling: «Kva tiltak kan forebygge bruk av tvang til personar med demens?»

Metode: Bacheloroppgåva er ein litteraturstudie basert på forskning, aktuell litteratur og eigne praksiserfaringar.

Funn: Forsking og teori viser til at tvang er utbreidd på norske omsorgssenter, og at dette har konsekvensar for livskvaliteten til pasienten. Funn frå forskning legg vekt på at det finst eit spekter av alternative strategiar for å unngå bruk av tvang. God leiing og personale sin kompetanse og haldningar spelar ei sentral rolle, og kan bidra til å forhindre bruk av tvang.

Konklusjon: Som sjukepleiar har ein eit særskilt ansvar for å ivareta pasienten sin integritet og verdigheit. Det er eit stort ansvar å vite kva som er til pasientens beste. Det å unngå bruken av tvang i demensomsorga krever tid, ressursar og kunnskap. Veggen mellom frivilligheit og tvang er kort, og ein situasjon som byrjar frivillig, kan fort ende i retning mot tvang. Sjukepleiaren sin kompetanse og haldningar pregar også tvangsbruken. Det finst fleire alternative strategiar for å unngå bruk av tvang. Dersom ein har kunnskap om desse kan det bidra til at stellesituasjonen forblir frivillig, framfor at den utviklar seg mot tvang. I tillegg er bevisst kommunikasjon avgjerande i møte med personar med demens for å forhindre bruk av tvang.

Nøkkelord: Demens, frivilligheit, tvang, tiltak, Sjukeheim

Title: Where is the limit? -Use of coercion in dementia care

Background for choice of theme: Today more than 100 000 people live with dementia in Norway. This number is expected to increase in the next few years, and almost double by 2040. Research shows that the use of coercion in Norwegian care centers is widespread and has consequences for the quality of life of the patients. The boundaries between voluntariness and coercion are not always as clear. It will therefore be important to look at what measures can make a situation remain voluntary, and not degenerate into coercion.

Research question: «What measures can prevent the use of coercion to people with dementia? »

Method: This bachelor thesis is a literature study based on research, current literature and own practice experiences.

Findings: Research and theory indicate that coercion is widespread in Norwegian care centers, and that this has consequences for the patient's quality of life. Findings from research emphasize that there is a range of alternative strategies to avoid the use of coercion. Good management, staff's competence and attitude play a key role, and can help prevent the use of coercion.

Conclusion: As a nurse, you have a special responsibility to safeguard the patient's integrity and dignity. It is a great responsibility to know what is in the patient's best interest. Avoiding the use of coercion in dementia care requires time, resources, and knowledge. The road between voluntariness and coercion is short, and situation that begins voluntarily can quickly go in the direction of coercion. The nurse's competence and attitude also characterize the use of coercion. There are several alternative strategies for avoiding the use of coercion. If one has knowledge of these, it can contribute to the care situation, so it remains voluntary, rather than developing into coercion. In addition, conscious communication is crucial in meeting people with dementia to prevent the use of coercion.

Keywords: Dementia, voluntariness, coercion, measures, nursing home.

Innholdsfortegnelse

1.0	Innleiing	5
1.1	Bakgrunn for val av tema	5
2.0	Problemstilling med avgrensing	6
3.0	Teoretisk perspektiv	6
3.1	Demens	7
3.2	Personsentrert demensomsorg	8
3.3	Utfordrande åtferd	8
3.4	Tvang	9
3.5	Kommunikasjon og relasjon	10
4.0	Metode	12
4.1	Litteraturstudie som metode	12
4.2	Søkeprosessen	13
4.3	Kildekritikk	14
5.0	Resultat og funn	15
	Artikkel 1 «How to avoid and prevent coercion in nursing homes»	15
	Artikkel 2 “the ethics of coercive treatment of people with dementia”	15
	Artikkel 3 «Frivillighet og tvang i sykehjem- to sider av samme sak?»	16
	Artikkel 4 «Makt og tvang i stellesituasjoner»	16
	Artikkel 5 «a mixed method study of an education intervention to reduce use of restraint and implement person-centered dementia care in nursing homes»	17
5.1	Oppsummering av hovudfunn	17
6.0	Drøfting	18
6.1	Frivillighet og tvang	18
6.2	Sjukepleiarens haldningar, kunnskap og kompetanse- sjukepleiarrolla	20
6.3	Tillitskapande tiltak	21
7.0	Konklusjon	24
8.0	Litteraturliste	26
9.0	Vedlegg 1 PICO	28
10.0	Vedlegg 2- søkeprosessen	29

1.0 Innleiing

1.1 Bakgrunn for val av tema

Demens er ei fellesnemning for ei rekkje ulike hjernesjukdommar. Dette er sjukdommar som utviklar seg over tid og fører til aukande endringar i hjernen. Demenssjukdom kjenneteiknast ved svekka kognitiv kapasitet med redusert evne til blant anna hukommelse, tenking, kommunikasjon, merksemd og læring. Den kognitive svikta vil etter kvart føre til nedsett evne til å gjennomføre dagleglivets aktivitetar (Engedal & Haugen, 2018, s. 18). Demens rammar både yngre og eldre. I følge demensplanen 2025 lever det i dag over 100 000 menneskjer med ein demenssjukdom i Norge. Dette talet er venta å auke kraftig dei neste åra, og nærmast fordoble seg innan 2040. Med dette er det viktig å ha gode og forutsigbare tilbod når sjukdommen rammar. Målet vidare med demensplanen er å sikre at personar med demens skal kunne leve gode liv, samt bli møtt med forståing og respekt (Helsedirektoratet, 2021).

Ein norsk studie har vist at 40% av alle sjukeheimsbebuerar var utsett for bruk av tvang i løpet av ei veke. Tvang var meir utbreidd på skjerma eining enn i dei vanlege sjukeheimsavdelingane (Kirkevold, 2005 referert i Rokstad, 2020, s. 245). I følge Pasient- og brukarrettigheitslova (1999) 4A-3 skal tiltaksskapande tiltak ha vert forsøkt, dersom pasienten motsett seg helsehjelp, med mindre det er openbart formålslaust å prøve dette. Som sjukepleiarstudent har eg møtt på personar med demens på omsorgssenter, på sjukehus og i heimetenesta i praksis. Her har eg fått observert og tatt del i korleis sjukepleie blir utført til personar med demens. Eg har valt dette temaet på grunnlag av to tidlegare praksisar på skjerma eining i sjukeheim samt psykiatrisk praksis. Eg sitt igjen med ei oppleving av heilheitleg sjukepleie og verdifull omsorg, men har erfart at vi alle er ulike og utfører sjukepleie på ulike sett.

Pasientar med demens, og spesielt i eit langt komen forløp vil kunne ha utfordringar med å utrykke seg. Åtferda kan endrast og pasienten kan bli utagerande som ein form å utrykke seg på. Dette kan vere grunna udekte behov eller vere ein reaksjon på omgivnadane sine urimelege reaksjonar eller krav (Rokstad, 2020, s. 198). Grensene mellom frivilligheit og tvang er ikkje alltid like tydelege, og eg fikk i praksis både observere og oppleve dette for meg sjølv. Som sjukepleiar har ein ansvar for å følge lovverk og retningslinjer. I praksis har eg møtt engasjerte sjukepleiarar med spesialisering innanfor demenssjukdom som hadde eit stort

fokus på at omsorga som vart utført med bruk av tvang, følgde lovverket. Eg har og erfart usikkerheit rundt bruken av tvang, då eg har vore i praksis på skjerma eining, og opplevde då ubehagelege situasjonar både for pasient og pleiar. For å redusere bruken av tvang står det i demensplanen at «å skape trygghet og samarbeid, er av stor betydning for å etablere tillitsfulle relasjonar til pasientar med demens» (Helsedirektoratet, 2021).

I denne oppgåva ynskjer eg å sjå meir på og belyse om korleis ein som sjukepleiar kan bidra til å redusere og førebygge tvang mot pasientar med demens på skjerma eining. Eg synest dette er eit interessant men utfordrande tema, og ynskjer med denne oppgåva å finne løysningar og tiltak på utfordringar som dette, som vidare kan forhindre bruken av tvang.

2.0 Problemstilling med avgrensing

Problemstillinga eg har vald er : *Kva tiltak kan forebygge bruk av tvang til personar med demens?*

Eg har valt å avgrense problemstillinga mi til personar med demens på skjerma eining, då det er her eg sjølv har mest erfaring. Vidare ynskjer eg å fokusere på kva tiltak ein kan dra nytte av for å førebygge tvang i dei mest daglegdagse situasjonane, som det å stå opp om morgonen, hjelp til skift, dusj, stell situasjonar og liknande. Eg tenkjer å sjå på dei situasjonane som ligg å vippar mellom frivilligheit og tvang, og korleis ulike tiltak kan gjere at utfallet vert frivilligheit i staden for tvang.

3.0 Teoretisk perspektiv

Eg vil i denne oppgåva nytte teori som er relevant for å få svar på problemstillinga mi. Eg vil her gjere greie for kva demens er, korleis sjukdommen opplevast, deretter vil eg komme inn på pasientsentrert omsorg, utfordrande åtfærd og bruk av tvang i demensomsorga. Eg vil definere relevante omgrep knytt til problemstillinga mi og som omhandla personar med demens på skjerma eining, der tvang vert nytta. Her vil eg også gå inn på lovverk og dei yrkesetiske retningslinjene som sjukepleiarar skal forhalde seg til.

3.1 Demens

Demens felles omgrep for ein erverva og langvarig klinisk tilstand som ofte forverrast over tid. Tilstanden vert ofte kjenneteikna ved kronisk og irreversibel kognitiv svikt, i tillegg til at den ofte forverrast over tid. Den kognitive svikten inneberer betydeleg nedsett hukommelse og tankeevne, som vidare vil føre til sviktande evne til å utføre dagleglivets aktivitetar samanlikna med tidlegare (Rokstad, 2020, s.24). Førekosten av sjukdomen aukar med alder, men demens er ikkje ein naturleg del av det å bli eldre. Demenssjukdom utviklar seg individuelt, der forløpet for nokon utviklar seg raskt, medan det hos andre kan utvikle seg over 10-20 år (Rokstad, 2020, s. 24-26).

Demens skyldast ulike sjukdommar eller skader i hjernen og delast inn i degenerativ demens, vaskulær demens og sekundær demens. Degenerativ demens inneberer sjukdommar som fører til celledøyd i hjernen. Ved degenerative hjernesjukdommar ser ein anatomiske forandringar i hjernen som ikkje skyldast traume eller hjerneslag. Eksempel på dette er blant anna Alzheimers, som er ein av dei vanlegaste demenssjukdommane og utgjer omlag 60% av alle demenstilfeller. Degenerasjon vil i forhold til demens sei at hjernen gradvis mister sine funksjonar (Rokstad, 2020, s.26).

Vaskulær demens kjenneteiknast ved årsaker som eit eller fleire hjerneinfarkt, ein skade i hjernens blodkar, eller manglande blodtilførsel, som deretter fører til oksygenmangel i hjernen. Det må likevel presiserast at det ikkje er noko direkte samband mellom hjerneinfarkt og utvikling av demens, likevel viser det at dersom hjerneinfarkt rammar store delar av hjernen, eller dersom ein får multiinfarkt, er risikoen større for at ein demenstilstand kan utvikle seg (Rokstad, 2020, s. 31-32).

Sekundær demens beskriver dei øvrige skadane på hjernen som oppstår som følge av andre faktorar enn ved degenerativ og vaskulær demens. Dette kan blant anna vere alkoholmisbruk, hematom i hjernen, hovudtraume eller hjernesvulst (Engdal & Haugen, 2018, s.26-27).

3.2 Personsentrert demensomsorg

Personsentrert omsorg handlar om å forstå kva som er viktig for pasienten. Det handlar om å møte personar med demens som unike gjennom heile demensforløpet. Det var den britiske sosialpsykologien Tom Kitwood som først brukte omgrepet «personsentrert omsorg» i tilknytning til personar med demens. Vidare for å tydeleggjere innhaldet i teorien til Kitwood, utarbeida professor og forskar Dawn Brooker VIPS- rammeverket som i dag brukast som sjekklister for personale som jobbar med personar med demens. Personsentrert omsorg byggjer på fire hovudelement som utgjer VIPS- rammeverket. **Verdsetting** av personar med demens og dei som gir omsorg til dei. **Individuell behandling**, **Perspektivet** til personen med demens og **Støttande sosialt miljø**. I følge dette rammeverket må ein personsentrert omsorgskultur bygge på eit tydeleg verdigrunnlag, dette vil sei at det sikrar at personar med demens blir møtt som unike personar gjennom heile sjukdomsforløpet. Kitwood tek også opp temaet «å være ein person», som også tek føre seg målet med omgrepet personsentrert omsorg. At det er viktig å sjå den unike personen med sjukdommen og ikkje la sjukdommen definere personen (Rokstad, 2020, s.55-57).

I følge nasjonalfagleg retningslinje om demens står det at verksamheiter skal etablere gode rutinar for personsentrert omsorg og behandling til personar med demens. Dette inneberer kompetanseutvikling, evaluering og kvalitetsforbetring, samt ha ei leiing som tydeleg støttar ansette i omsorg og behandling (Helsedirektoratet, 2022).

3.3 Utfordrande åtferd

Åtferdsmessige og psykologiske symptom ved demens (APSD) er ofte del av sjukdomsbiletet som opptre ved demenssjukdom. APSD kan opplevast som utfordrande, og krev gjerne fleire ressursar, frå både pårørande og helse- og omsorgspersonell (Helsedirektoratet, 2022). Når veremåten til ein person endrast på denne måten omtalast det ofte som nevropsykiatriske symptom. Dette er vanleg ved demenssjukdom, og førekomsten av nevropsykiatriske symptom er berekna hos 82% av pasientar på sjukeheim (Selbæk et al. 2013 referert i Rokstad, 2020, s. 197). Åtferdsendingar kan hos personar med demens vere ein form for kommunikasjon. Åtferda kan skyldast udekte behov, eller vere ein reaksjon på på omgivnadanes urimelege reaksjonar eller krav. Med dette er det viktig å prøve å forstå den

utfordrande åtferda, og sjå enkeltmenneske sitt perspektiv gjennom ei empatisk tilnærming, og deretter vurdere situasjonen vedkommande befinn seg i (Rokstad, 2020, s. 198-199).

Utfordrande åtferd kan komme av så mangt. Det kan blant anna vere grunna hjerneorganiske forandringar, psykososiale-og miljøfaktorar, meistringssvikt, premobid personlegheit, eller somatiske plager. Den viktigaste strategien vert derfor å prøve å forhindre den utfordrande åtferda, gjennom å forstå personen. God kartlegging vert derfor viktig i dette arbeidet. Elles vil viktige faktorar vere å ha eit miljø som støttar opp mot personsentrert omsorg, og eit personale med kunnskap og gode haldningar i møte med personar med demens. I arbeid mot utfordrande åtferd og korleis handtere det, er det viktig å sjå den unike personen. Det vil derfor vere viktig med god kartlegging. Det å få ei god beskriving av åtferda, å kartlegge kor ofte åtferda inntreffer, kva situasjonar åtferda oppstår i, å finne ut om det er hendingar opp mot åtferdsendringa, og det å finne ut om det er noko inkonsistens i åtferda. Vidare må det jobbast med moglege tiltak for å møte den utfordrande åtferda, som kan vere å blant anna å minske stimuli frå omgivnadane, nærme seg pasienten på ein roleg og trygg måte, vere oppmerksam på måten ein pratar med pasienten, gjerne ikkje stille krav, forsøke å avleie og å forsikre seg om at ein gir like signal verbalt, som nonverbalt (Kirkevold, 2018, s. 272-273).

3.4 Tvang

Sjølvbestemming er ein menneskerett. Fleire personar med demens kan delta i egne beslutningar på ulike måtar, dersom dei får tilpassa informasjon, blir møtt med inkluderande haldningar, og får støtte frå pårørande og helsepersonell (Smebye & Johansen, 2020, s. 164). I følge lov om pasient- og brukarrettigheiter (1999) er det nedskrive som ei rettigheit at alle pasientar har rett til informasjon tilpassa pasientens forutsetningar (§3-2), til å samtykke (§4-1) og medverke (§3-1) i beslutningar gjeldande for eiga helse. Ettersom demens er ein sjukdom som kan påverke evna til å utrykke samtykke, kan retten til sjølvbestemming og utrykke samtykke utgå (§4-3). Konsekvensar av at ein person med demens ikkje får delta i beslutningar, kan vere at personen opplever å miste kontrollen over situasjonen, som vidare kan resultere i frustrasjon, sinne, utfordrande åtferd, der bruk av tvang kan verte ein konsekvens (Smebye & Johansen, 2020, s.236-237).

Tvang er både etisk problematisk og kan vere integritetskrenkande for den det gjeld. Tvang vert i juridiske samanhengar definert som eit fråverande samtykke. I følge Smebye og Johansen er tvang ei tilnærming som stadig vert nytta i demensomsorga, dersom pasientar motset seg hjelp. Det vert nytta mest på skjerma eining i forbindelse med daglegdagse aktivitetar, dette gjennom uformell og formell tvang i form av luring, overtaling, gøyeme medisinar i mat og drikke, stengte dører og liknande. Bruken av tvang innanfor demensomsorga vert som regel begrunna med at det er til pasientens eige beste. Bruk av tvang er ei uønskt hendig, og er derfor eit avvik (Smebye & Johansen, 2020, s. 263). Kapittel 4 i pasient- og brukarrettigheitslova (1999) tek føre seg helsehjelp til pasientar utan samtykkekompetanse som motsett seg helsehjelp. Formålet med lova er å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlege helseskadar, samt å forebygge bruken av tvang (§4A-1). Som leiding på ulike institusjonar har ein eit juridisk ansvar for at det finst tilstrekkelege ressursar, og at verksamheita vert organisert på eit sett der personale kan arbeide forsvarleg (jf. Helsepersonellova §4) som omhandlar helsepersonell sitt individuelle ansvar (Smebye & Johansen, 2020, s. 262-264).

3.5 Kommunikasjon og relasjon

Kommunikasjon omhandlar alle dei prosessane menneskjer påverkar kvarandre igjennom. Det gjer det mogleg for oss å dele tankar, følelsar og meiningar med kvarandre, det å forstå og bli forstått. God kommunikasjon kjenneteiknast av å ha ein open og tillitsfull dialog. Som menneskje har vi alle behov for å bli sett som den vi er, vi ynskjer å bli sett, høyrte og forstått. Vi deler kommunikasjon i det verbale og nonverbale. Verbal kommunikasjon når ein uttrykker seg gjennom språk, og den nonverbale kommunikasjonen når ein uttrykker seg gjennom kopspråk (Wogn-Henriksen, 2020, s. 88-89).

Kommunikasjon og demens kan vere ei utfordring. Då personar med demens har kognitiv svikt, kan dei og ha språklege utfordringar som gjer det vanskeleg og formidle, men også ta i mot budskap. Kommunikasjon med personar med demens vil variere frå person til person og gjennom forløpet. Utfordringar som gjentakning, vanskar med å halde ein samtale, halde fokus og ikkje hugse kva som vert sagt, går ofte igjen hos personar med demens. I kva grad av desse forandringane førekjem, avhenger av demenssjukdommen, utviklingsnivå, samt ei rekke

individuelle forhold som blant anna dagsform. Ofte nytter ein seg av omgrepa motorisk afasi om manglande evne til å utrykke seg, og sensorisk afasi om manglande evne til å forstå. Sjølv om språket hos personar med demens er svekka, er det ingenting som tyder på at behovet for kommunikasjon vert mindre under demensutviklinga (Wogn-Henriksen, 2020, s. 90-92).

Kommunikasjon kan skape relasjon mellom pleiar og pasient. I kommunikasjon med personar med demens, er det viktig å tenkje over samtaleemne og vanskelegheitsgrad. Ein må ofte tenkje over korleis ein snakkar, om ein er tydeleg nok, snakkar høgt nok, og formulerer seg på enklaste vis. Det finst fleire tiltak for å få god kommunikasjon. Det kan for eksempel vere nødvendig å ta vekk distraksjonar, lage ein god og trygg situasjon, eventuelt ved hjelp av kroppskontakt, gjenta bodskap, gi personen tid og halde seg til eit tema av gongen. Å fokusere på positive minner, eller å gjenopplive gamle minner frå tidlegare i livet, og samtale rundt dette kan bidra til ein god kommunikasjon (Wogn-Henriksen, 2020, s.97).

I tradisjonell faglitteratur om kommunikasjon og demens, vert det ofte referert til nokre kommunikasjonsprinsipp; reminisens, realitetsorientering og validering. Dette er prinsipp som er systematisk utforma og vert ofte nytta som terapi. Reminisens også kjent minnearbeid, tek utgangspunkt i å hente fram personlege og meningsfulle hendingar frå tidlegare i livet. Dette for å skape samanheng, tilhørlegheit og sjølvfølelse hos den enkelte (Wogn-Henriksen, 2020, s.103).

Realitetsorientering er ein metode som går ut på å gi personen med demens ein meir realistisk forståing av verkelegheita. Dette gjennom og orientere personen for tid, stad og eigen situasjon. Personar med demens kan oppleve realitetsorienteringa som positiv og oppklarande, men kan også oppleve det som krenkande. Det er derfor viktig at realitetsorienteringa vert begrensa til det som ein ser som nødvendig (Wogn-Henriksen, 2020, s. 104).

I validerings metoden er ikkje fokuset på reell eller sann informasjon, heller på kva pasienten har for fokus og oppleving. Gjennom validering, ser ein følelsane til personen i sentrum. Hovudfokuset med validering vert å fokusere på personens følesmessige og emosjonelle tilstand. Det er i denne metoden viktig å ikkje korrigere personen, men heller anerkjenne og

akseptere deira subjektive verkelegheit. Forskarane Erdmann og Schepp hevda at valideringsmetoden kan hjelpe personar med demens til å meistre emosjonelt stress, samt redusere utfordrande åtferd og bruk av psykofarma (Wogn-Henriksen, 2020, s. 104-105).

4.0 Metode

Ein metode er eit reiskap som seier noko om korleis ein finn den nyaste og mest relevante kunnskapen for å få svar på ei problemstilling. Ein metode fortel korleis ein skal gå fram for å løyse eit problem, eller komme fram til ny kunnskap (Dalland, 2017, s. 52). I denne delen av oppgåva vil eg vise korleis eg har kome fram til dei utvalde forskingsartiklane, og korleis eg har vurdert desse vidare.

4.1 Litteraturstudie som metode.

Bacheloroppgåva byggjer på ein litteraturstudie, der oppbygninga er basert på fag- og forskingslitteratur samt egne erfaringar for å finne svar på problemstillinga. Litteraturstudie går ut på å gjere ei objektiv systematisering og oppsummering av beståande data av allereie eksisterande forskning, teori og fagkunnskap (Dalland, 2017, s.207). I arbeid der ein nyttar litteraturstudie som metode samlar ein inn litteratur, for så å kritisk gjennomgå denne. Deretter samanfattar ein litteraturen og dokumenterer vidare korleis funna er gjort. Litteraturen vert innhenta med bakgrunn i å finne svar på problemstillinga som er valt. I ein litteraturstudie bør ein ha innhald som problemstilling, føremål, metode, strukturert litteratursøk og gjennomgang/ drøfting av funn skal vere presentert (Thidemann, 2020, s.80).

Litteratur til denne litteraturstudien har eg valt med bakgrunn i problemstillinga mi. Dermed er teori om demens, tvang, utfordrande åtferd og tillitskapande tiltak inkludert. Denne faglitteraturen er innsamla frå pensum litteratur frå sjukepleiarutdanninga ved HVL som omhandlar demens. Vidare har eg nytta lovverk som er henta frå lovdata si nettside. Eg har nytta relevant litteratur henta frå nasjonalfaglege retningslinjer for demens gjennom helsedirektoratet, demensplanen gjennom regjeringa og pensum. Dette inneberer at eg nyttar forskning frå andre for å finne aktuell litteratur, som vidare gir eit godt grunnlag til drøfting og refleksjon, for å kunne svare på problemstillinga mi. I denne oppgåva tek eg

utgangspunkt i forskning, pensum litteratur, faglitteratur og tidsskrifter, dette vil utgjere kunnskapsbasert praksis i drøftinga.

4.2 Søkeprosessen.

Forsningslitteraturen som er brukt i denne oppgåva er funnen i databasar gjennom HVL og helsebiblioteket. Eg retta søket mot problemstillinga mi og brukte norske og engelske søkeord for å finne relevante artiklar. Eg har hovudsakleg valt å nytte CINAHL, PubMed og SveMed+, då desse databasane inneheld artiklar relevante innanfor helse- og sjukepleiarfaget.

Før eg begynte å søke etter forskning, utforma eg eit PICO- skjema som ligg vedlagt, med ord som eg meiner er relevante i forhold til problemstillinga mi. Eg valte å nytte PICO- skjema då eg har god erfaring med at dette er eit verktøy som er med på å gjere søket meir strukturert og tydeleggjer kva søkeord som er aktuelle å bruke. PICO står for: Population, intervention, comparison og outcome (Thidemann, 2020, s.86-87).

Oppgåva omhandlar korleis ein som sjukepleiar kan forebygge bruken av tvang i demensomsorga. Orda eg i hovudsak nytta var demens, tvang, og sjukeheim. I CINAHL og PubMed oversette eg orda til engelsk og brukte dementia, coercion, nursing home og restraint. Vidare fann eg synonym til desse og inkluderte dei, samt nytta MeSH- termar. MeSH står for Medical Subject Heading, og er eit emneordsystem som gjer det meir effektivt og enklare å søke etter forskning. MeSH- termar er nyttige i søkeprosessen, då dei kan gi meir presise søk som inkluderer meir av det ein søker etter (Aasen, 2020).

Søkeprosessen enda med fem forskingsartiklar relevante i forhold til problemstillinga. Søkehistorikk med detaljert framgangsmåte for korleis eg fant forskingsartiklane nytta i oppgåva, er presentert i skjema i vedlegg 2. Dette skjemaet inneheld kva søkeord, og antall søk som vart gjort for å finne kvar artikkel. Gjennom å lese samandrag og fleire av artiklane, kom eg fram til kva artiklar eg syns var relevante i forhold til problemstillinga. Gjennom fokus på funn og resultat i artiklane, fant eg relevant informasjon eg kunne dra nytte av i drøftinga. Eg gjekk deretter i djubden i kvar enkelt artikkel, for å få ei betre forståing av kvar artikkel. For å finne aktuell teori, nytta eg meg av pensumlister frå sjukepleiestudie.

4.3 Kildekritikk

I følge Dalland & Trygstad (2017) er Kildekritikk når ein vurderer samt validerer den litteraturen ein har funne. Det er ein metode som ein kan nytte for å finne ut om kjeldene er truverdige eller ikkje. Hensikta med kjeldekritikk er å gi lesaren eit innblikk i refleksjonar som vert gjort og kva gyldigheit og relevans litteraturen har for å belyse problemstillinga. Eg har gjennom tolking av forskingsartiklane tatt i bruk IMRAD-strukturen, då dei fleste vitenskaplege artiklar er bygd opp basert på dette. IMRAD står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Dalland & Trygstad 2017, s. 163).

Forskningsartiklane eg har valt å anvende i denne oppgåva er bygd på kvalitative, kvantitative og etnografiske studiar. Artiklane er funne gjennom databasane: SveMed+, PubMed og CINAHL. Dei er utgitt i anerkjente vitenskaplege tidsskrifter og er fagfellevurdert. Dette vil sei at artiklane er lest, vurdert og godkjende av ekspertar innanfor fagfeltet, før publisering. Dette gjer at artiklane framstår pålitelege og truverdige (Dalland, 2017, s. 154).

Forskningsartiklane er avgrensa til skandinavisk og nordisk forskning og språket brukt er norsk og engelsk. Av artiklane eg har valt å nytte i denne oppgåva, er tre av dei skriven på engelsk, og to av dei skriven på norsk. Ettersom mine egne erfaringar er frå norske omsorgssenter, ynskte eg å finne studiar som er gjort i Norge. Offentlege dokument og lovverk som eg refererer til i oppgåva er kun gyldige i Norge, og demensomsorga kan avvike frå korleis det utførast i andre land. Eg vel derfor å primært fokusere på Norge. Samstundes kan det vere nyttig å samanlikne forskning frå andre land, eg har derfor nytta ein artikkel frå nabolandet vårt, Sverige.

Av faglitteratur har eg brukt pensum litteratur og funne anna relevant litteratur frå HVL sitt bibliotek knytt til relevans for problemstillinga. Eg meiner med dette at litteraturen eg har valt å nytte i denne oppgåva, er relevant og truverdige, då forfattarane av bøkene har mykje kunnskap og kompetanse innanfor demenssjukdom og tvang.

5.0 Resultat og funn

I denne delen av oppgåva presenterer eg forskingsartiklar som bidreg til å belyse problemstillinga mi.

Artikkel 1 «How to avoid and prevent coercion in nursing homes»

Denne forskingsartikkelen søkte eg fram på CINAHL. Artikkelen er ein kvalitativ forskingsartikkel som tek føre seg bruken av tvang mot personar med demens i vestlege land. Data som er innhenta til artikkelen er basert intervju med sjukepleiarar. Det vert forska på kva som gjer at tvang vert brukt.

Funna i artikkelen kjem fram gjennom intervju med sjukepleiarar. Det som kom fram i studien var at grensa mellom frivilligheit og tvang ofte er uklar og situasjonar som byrja som frivillige, fort kunne endre seg til tvang. Funna i studien viser at dei tilsette brukar mykje tid til ulike strategiar for å unngå å bruke tvang, då dei ser på dette som siste utveg. Det er då fokus på blant anna språk, ulike framgangsmåtar og ein til ein pleie. Strategiane som ofte vart nytta kunne vere avleiing, avgrensing, overtaling, endring av personale og skjerming. I tillegg viser studien til at nok tid, tilstrekkeleg med personale, personale med kompetanse og erfaring innanfor demensomsorg er viktig og avgjerande for om desse alternative strategiane kunne nyttast for å unngå bruken av tvang (Gjerberg et al., 2013).

Artikkel 2 “the ethics of coercive treatment of people with dementia”

Denne artikkelen er søkt fram på PubMed. Artikkelen er ein kvalitativ forskingsartikkel med hensikt å beskrive korleis ein som sjukepleiar sikrar at sjukepleia vert utført etter loverket og i trygge omstende, på same tid som ein ivareteke verdigheita til personar med demens på sjukeheim. Gjennom intervju har studien identifisert rutinane til sjukepleiarane når det kjem til tvangsbehandling og vidare kome med forslag til alternative tiltak.

Funna i artikkelen byggjer på tre strategiar, der den eine er tvangsbehandling, ein tvang under spesifikke omstende, samt ein for å forhindre tvang. Vidare viser artikkelen til personsentrert omsorg som viktig for å kunne unngå bruken av tvang, der alternative tilnærmingar til den enkelte pasienten er viktig. Artikkelen konkludera med at underbemanning og utilstrekkeleg

kompetanse er faktorar som viser seg å føre til at tvang vert utført i demensomsorga (Lejman et al., 2013).

Artikkel 3 «Frivillighet og tvang i sykehjem- to sider av samme sak?»

Dette er ein artikkel eg søkte fram på SveMed+. Artikkelen byggjer på ein etnografisk studie som undersøker ulike tvangsformer. Det er i studien observasjon frå fellesarealet og formelle og uformelle intervju med personale. Gjennom observasjonar i ulike sjukeheimar har ein sett personale bruke mykje tid på å legge til rette for at bebuarane sjølv kunne bestemme over eigen kvardag. Artikkelen drøftar samanhengen mellom frivillighetstildeling via prinsipp om frivillighet på eine sida og sikkerheitsordningar gjennom ulike formar for uformell tvang på den andre.

Funna i studien viser til at i mange av tilfella der tvang vart nytta, er det personar med demens som framstår aggressive, agiterte eller vandrane. Studien viser til at det er ulike formar for tvang og at det i fleire høve skulle nyttast andre tiltak i staden for tvang. Studien legg vekt på frivillighetstildeling til enkeltpasientar, og at det finst andre strategiar for å sikre at prinsippa om tilsynelatande frivillighet overhaldast. Artikkelen tek føre seg uformell tvang som eit «kreativt tillitskapande tiltak» og meiner at overvåkningsstrategiar, avleiing, overtalingsteknikkar og liknande vil ha eit betre utfall enn ved formell tvang (Øye, 2015).

Artikkel 4 «Makt og tvang i stellesituasjoner».

Denne artikkelen søkte eg fram i SveMed+. Artikkelen tek for seg bruken av tvang i stellesituasjonar. Dette er ein systematisk litteraturstudie som har som hensikt å belyse korleis helsepersonell kan unngå bruk av tvang og makt i stellsituasjon hos personar med demens. Hensikta med studien er å auke bevisstheita om temaet tvang og makt og dermed styrke verdigheit for personar med demens.

Funna i studien viser at det å kjenne pasienten si livshistorie, ha kunnskap om tvang og erfaringar med alternative framgangsmåtar, vil vere viktig for å unngå tvang i stellesituasjonar. Omsorgssenterets ressursar og omsorgsmiljøet spelar ei stor rolle for å lykkast med alternative strategiar til tvang (Smit, 2015).

Artikkel 5 «a mixed method study of an education intervention to reduce use of restraint and implement person-centered dementia care in nursing homes»

Denne artikkelen søkte eg fram i databasen PubMed. Dette er ein kombinert studie som byggjer på kvantitativ og kvalitativ metode. Hensikta med studien var å undersøke kva faktorar som hindra og tilrettelagde for personalets bevisstgjerings knytt til tvang. Også tiltak som personsentrert omsorg kunne nyttast for å forhindre bruken av tvang til bebuarar med demens på omsorgssenter.

Funna i studien indikerte at det vart auka bevisstheit knytt til om det vart brukt tvang eller ikkje, i samanheng med personsentrert omsorg. Leiarrolla stod sentral i denne studien, då den har ei viktig oppgåve, å framme bruken av personsentrert omsorg. Det kom i studien fram at det varierer frå institusjon til institusjon kor deltakande leiarane er, det same gjaldt då personale. Studien konkluderer med at godt samarbeid mellom leiar og personale viste seg å vere den viktigaste faktoren som hindrar bruken av tvang. Dette gjennom å bruke tillitskapande tiltak som personsentrert omsorg (Jacobsen et., al. 2017).

5.1 Oppsummering av hovudfunn

Eg har i denne oppgåva valt å nytte fem forskingsartiklar. Hovudfunna i desse viser at personale på omsorgsheimane brukar mykje tid på ulike tillitskapande tiltak for å unngå bruk av tvang innanfor demensomsorga. Fleire av artiklane tek føre seg strategiar og tiltak som vert nytta av både leiing og personale. Sentralt i fleire av artiklane er fokus på personsentrert omsorg og eit godt samarbeid mellom leiing og personale. Noko som går igjen i fleire av artiklane er dårleg tid, underbemanning og ufaglærte. Funna viser til at nok personale på arbeid og personale med kompetanse, vil vere viktig for å kunne utføre dei ulike strategiane og tiltaka for å forebygge tvang i demensomsorga (Gjerberg et al., 2013, Lejman et al., 2013, Øye, 2015, Smit, 2015, Jacobsen et., al. 2017).

6.0 Drøfting

I drøftinga vil eg nytte kunnskapen eg har opparbeida meg gjennom teoridelen i oppgåva. Eg vil og trekke inn forskingsartiklane eg har funne gjennom søking i databasar. I tillegg vil eg trekke inn eigne erfaringar frå praksis, for å synleggjere viktigheita av sjukepleiefunksjonen og relevant kunnskap. Saman vil dette gi meg grunnlag for drøfting og diskusjon i henhold til problemstillinga mi «*Kva tiltak kan forebygge bruk av tvang til personar med demens?*»

6.1 Frivillighet og tvang

Grensene mellom frivillighet og tvang kan ofte vere uklare, og den frivillige situasjonen kan raskt gå i retning mot tvang. Studiane tek føre seg tvang i form av fasthalding i til dømes stellesituasjonar, hindring av rørslefridom der bebuarane vandra, og skjult medisinerings (Gjerberg et., al. 2013, Lejman et., al. 2013, Smit, 2015, Øye, 2015, Johansen et., al. 2017). Stellsituasjonen på morgonen kan byrje frivillig, men hjelp til personleg hygiene kan framprovosere motstand som gjer at situasjonen kan utarte seg til tvang. Personar med demens kan som tidlegare nemnt få ein følelse av å miste kontroll. Då hjelplausheita forsterkast, kan dette føre til problem til å utrykke eigne ynsker. Samstundes er behovet for hjelp til personlege hygiene stort (Gjerberg et al., 2013). Pasienten som vandrar, men vert innelåst eller hindra frå å gå ut av rommet, kan verte uroleg og føre til APSD, dette kan føre til utfordringar for helsepersonell (Helsedirektoratet, 2022). Situasjonar som dette kan føre til verbal og fysisk motstand, samt aggresjon. Som Smebye og Johansen (2020, s. 236) seier, har pleiepersonell ei plikt til å forsøke å forstå kvar pasienten sin motstand kjem i frå og finne vegar ut av denne. Som sjukepleiar har ein derfor eit særskilt ansvar og yrkesetiske retningslinjer legg vekt på at ein som sjukepleiar har eit ansvar for ein sjukepleiepraksis som fremmar helse. Med dette skal ein ivareta den enkelte pasienten sine behov for heilheitleg sjukepleie. Ein har som sjukepleiar eit ansvar å beskytte mot krenkande handlingar som ulovleg og unødvendig rettighetsbegrensing og tvang (NSF, 2019).

I følge forskning er bruk av tvang er utbreidd på norske omsorgssenter og skjer av ulik karakter (Gjerberg et al., 2013). Bruk av tvang er regulert gjennom lovverket, der det er ei rekkje kriterium som skal vere oppfylt for at det skal vere lovleg å utføre. Personar med demens manglar ofte samtykkekompetanse, og kan motsette seg helsehjelp, utan å forstå rekkeviddene for dette. Pasient- og brukarrettighetslova (1999) Kapittel §4-1 er sentral, og

slår fast at helsehjelp kun kan gis med pasienten sitt samtykke, med mindre det føreligg lovheimel eller andre gyldige rettsgrunnlag for å gi helsehjelp utan samtykke. Føremålet med dette vil vere å førebygge bruken av tvang. Dersom tvang vert utført innanfor demensomsorga skal særskilte vedtak om tvang vere satt. Tvang skal derfor aldri nyttast som ein konsekvens av mangel på bemanning og kompetanse. Samstundes handlar sjukepleie om å ivareta pasienten sine grunnleggande behov, så dersom tvang likevel vert naudsynt, skal det fattast eit skriftleg og godt grunngeve vedtak, av helsepersonell som er ansvarleg for helsehjelpa. Vedtak skal vere skriftleg begrunna, og pårørande til pasienten skal vere informert (Kirkevold, 2018, s. 272).

Som Pasient- og brukarrettigheitslova (1999) 4A-3 seier, skal tiltaksskapande tiltak ha vert forsøkt dersom pasienten motsett seg helsehjelp, med mindre det er openbart formålslaust å prøve dette. Det å sørge for at alle tillitsskapande tiltak er prøvd ut, og at kompetanse og bemanning er tilstrekkeleg kan vere utfordrande. I studien til Gjerberg et., al (2013) kjem det fram at tilstrekkeleg bemanning og godt kvalifisert personale er ein føresetnad for at førebyggjande og tillitsskapande tiltak mot tvang skulle vere mogleg å gjennomføre. I studien blir det beskrive at personsentrerte strategiar ofte lukkast for å forebygge tvang, men at det somme gonger likevel vert nytta tvang, og vert då omtalt som naudsynt for å kunne yte nødvendig helsehjelp. Dette til trass for at det ikkje kjem fram om der vert fatta vedtak om dette (Gjerberg et., al, 2013). I fleire av studiane kan det tyde på at underbemanning og dårleg kompetanse er ei utfordring. Sjølv har eg erfart at tillitsskapande tiltak kan verte nedprioritert på vakter der bemanninga er prega av mangel på kompetanse og dårleg bemanning generelt. I slike høver kan personale framstå stressa eller slitne, noko pasientane kan få med seg. Dette kan gjere at pasienten gjerne vert uroleg, noko som kan føre til utfordrande åtferd, då personale ikkje har den kapasiteten til å utføre arbeidet på best mogleg vis for kvar enkelt pasient. På denne måten vert ikkje personen med demens sett, og dermed kan uttrykk for smerter eller anna ubehag bli oversett. Dette kan arte seg i ein ond sirkel og situasjonen kan eskalere. Vidare kan ein frivillig situasjon kan ende i tvang.

6.2 Sjukepleiarens haldningar, kunnskap og kompetanse- sjukepleiarrolla

Felles frå forskning og teori er at kompetansenivået blant personale er ein av dei viktigaste faktorane for å unngå bruk av tvang og bevare integriteten til pasientane (Gjerberg et., al. 2013, Lejman et., al. 2013, Smit. 2015). At underbemanning og vert sett på som ein faktor som aukar bruk av tvang, skal ein heller ikkje sjå vekk i frå. I studien til Gjerberg et., al. (2013) understreka det i midlertidig at det ikkje er noko samanheng mellom ansette på jobb og mindre bruk av tvang, dersom personalet ikkje har anstendig kompetansenivå. Forsking frå Lejman et., al. (2013) tilseier at underbemanning aukar bruk av tvang, grunna blant anna tidsklemme, men og at tilfredsstillande bemanning ikkje har noko funksjon dersom kompetansenivået er for lågt (Lejman et., al. 2013). Frå eiga erfaring i praksis har eg observert dette. Personale med tilstrekkeleg kompetanse innanfor demensomsorg sto sterkare i arbeidskvardagen. Eg erfarte at sjukepleiarar med god kompetanse framstod meir motiverte i jobben. Gjennom kurs fekk personale meir motivasjon og opparbeida seg gode strategiar. Saman med gode strategiar, egne erfaringar med kvar enkelt pasient og gjennom å lære dei å kjenne, kunne personale med tilstrekkeleg kompetanse utøve betre sjukepleie.

Gjerberg et., al (2013) belyser i studien sin at personalet sine haldningar og kompetanse har samanheng med bruk av tvang. Ein kan med dette sei at utdanning og haldningar i forhold til tvang heng saman. I studien viste det seg at haldningar til bruk av tvang var annleis hos ufaglærte i forhold til helsefagarbeidarar med kurs eller vidareutdanna sjukepleiarar. Ein kan derfor trekkje inn ein direkte samanheng, der ein ser at grad av utdanning fører til profesjonelle haldningar, og vidare at desse haldningane fører til mindre bruk av tvang (Gjerberg et., al. 2013).

For tre år sidan hadde eg sjølv lite kunnskap og erfaringar om sjukepleie og demensomsorg. I første praksis var eg på skjerma eining på ein sjukeheim. Eg huskar tilbake til tida då eg tykte det var vanskeleg å vite korleis ein skulle tre fram. Eg fikk ei forståing for dei ulike demenssjukdommane og at det opplevast forskjellig for alle pasientar. Det å jobbe med pasientar med demenssjukdom var utfordrande, men ettersom eg tileigna meg meir kunnskap og erfaringar vart eg tryggare og utøvde dermed betre pleie. Som sjukepleiar vil ein alltid møte på nye utfordringar i arbeid med personar med demens på blant anna omsorgssenter. Kunnskap og erfaring vil bidra til å handtere utfordringar på ein god måte. No

etter å ha vore i to praksisar på skjerma eining, har eg fått erfare ulik pleie til personar med demens. Eg har fått observert sjukepleiarar som har vidareutdanna seg innanfor demens, som har reist på kurs og komt tilbake til avdeling motivert til å lære i frå seg ny kunnskap. Auka kompetanse og opplæring kan vidare føre til auka mestringsfølelse, og kan vere motiverande for yte meir. Dette vil også verke positivt inn på bebuarane, som og vil dra nytte av at sjukepleiarane får auka kompetanse om demens, som kan bidra til betre personsentrert omsorg til den enkelte og mindre bruk av tvang. Erfaring viser derfor at kurs og ny inspirasjon vil auke trivsel i arbeidsmiljøet. På den andre sida har omsorgssentera ei økonomisk ramme og forhalde seg til. Så sjølv om ein ser at fleire kunne dratt nytte av kurs og ny kunnskap, er det eit fåtal av sjukepleiarane som får delta. Etter kurs er det derfor forventa at dei som har fått reist skal bringe kunnskapen vidare. I ein travel kvardag er det gjerne ikkje dette som vert prioritert og undervising og vidareføring av nyttig kunnskap kan verte nedprioritert.

6.3 Tillitskapande tiltak

Pasient og brukarrettighetslova 4A-3 (1999) stiller ei rekkje krav som må oppfyllest før ein kan nytte tvang. I lova stillast det blant anna krav om at tillitsskapande tiltak skal vere forsøkt før ein nyttar tvang. Dette kravet kan derimot opphevast dersom det heilt tydeleg er unyttig for situasjonen. Fleire av studiane i denne oppgåva beskriv ei rekkje metodar og strategiar som kan verte forsøkt før ein nyttar tvang (Gjerberg et., al.2013, Lejman et., al. 2013, Øye, 2015, Smit, 2015, Johansen et., al.2017). Det vart i studiane nytta alternative strategiar som blant anna distraksjon, pasientens pårørande og fleksibilitet der ein prøver igjen seinare, eller med anna personale (Gjerberg et., al. 2013). Ein til ein pleie, og overvåkingsstrategiar, press- og lokkemiddel, avleiing overtaling og det å gi skjulte medisinar vart og nytta som strategiar for å unngå tvang (Øye, 2015). Hensikta med dei alternative strategiane var å sikre god omsorg til personar med demens. Likevel kjem det i studien til Gjerberg et., al (2013) fram at til trass for eit spekter med ulike alternative strategiar for å unngå formell tvang, er ikkje dette tilstrekkeleg på eiga hand. Gjerberg et., al. (2013) påpeiker i studien sin at organisering av omsorgssenter er ein viktig faktor for godt samarbeid med personale. Dette krev at det er tilstrekkeleg med personale på jobb slik at ein har moglegheit til å utføre tiltak som til dømes ein til ein pleie til pasientar med demens som har god nytte av dette. Derimot ser ein at det kan vere ei utfordring å skaffe nok personale, både grunna økonomi, men og mangel på

kvalifiserte helsepersonell. Sjølv erfarte eg i eine sjukeheimspraksisen min at det var mangel på personale, og vi som studentar fekk då spørsmål om å jobbe ekstra i praksisperioden vår.

Johansen et., al. (2017) legg i sin studie vekt på god leiing i demensomsorga. Studien tek føre seg ei god leiing og at eit godt samarbeid med personale vil vere viktig for å kunne utøve best mogleg sjukepleie til personar med demens på institusjon. Godt samarbeid vil i følge studien føre til bevisstheit rundt emne som tvang og at ein saman kan komme fram til løysingar til utfordrande situasjonar. Dei yrkesetiske retningslinjene understrekar også dette, at ein som leiar av sjukepleietenester har eit særskilt ansvar for å skape rom for etisk refleksjon og fagutvikling (NSF, 2019). Likevel ser ein at det ikkje er alle omsorgssenter som har ei leiing som deltek like mykje, og dette vil være individuelt frå stad til stad. Med dette vil eg understreke viktigheita av at ein som sjukepleiar har eit særskilt ansvar å reflektere med personale for å formidle vidare kunnskap, haldningar og om kva god omsorg og yrkesetikk inneberer.

Studien til Johansen et., al (2017) tek føre seg personsentrert omsorg som eit tillitsskapande tiltak der ein set personen i sentrum. Dette står i tråd med Kitwood (2019) sin teori, som beskriv personsentrert omsorg gitt til eit menneske av andre, der verdier knytt til relasjon og sosialt samvær er grunnleggande og byggjer på respekt og tillit. Pasientar i demensomsorga er i ein sårbar situasjon der ein ikkje alltid har evne til å utrykke seg og formidle behov og forståing. Under utviklinga av sjukdommen vert det gjerne stadig vanskelegare å finne dei rette orda, og saman med hukommelsesvikta kan det vere utfordrande og vanskeleg å utføre dei daglegdagse samtalene, ein ofte tek som ei sjølvfølge (Rokstad, 2020, s. 56-57). Dårleg kommunikasjon kan verte prega av usikkerheit og mistenksomheit. Personar med demens er i fare for å utvikle angst og vrangførestillingar, dei kan verte forvirra, deprimerte og mistenksame, noko som kan føre til ein manglande følelse av kontroll over eigen situasjon (Rokstad, 2020. 56-58).

Etter å ha vore i praksis på to skjerma einingar har eg fått observert og tatt del i korleis god kommunikasjon og personsentrert omsorg kan brukast for å unngå tvang. Ein pasient i praksisperioden min på omsorgssenter ville ikkje stelle seg. Pasienten framstod uroleg og ville ikkje stelle seg når vi kom inn på morgonen. Sjukepleiaren eg følgde med var roleg, snakka

tydeleg og tok seg god tid. Ho haldt god augekontakt og gav pasienten ein instruks om gongen, i tillegg bekrefta sjukepleiaren det pasienten sa, i staden for å avfeie pasienten. Pasienten hadde usamanhengande tale og det var ikkje lett å forstå pasienten, likevel verka det som at sjukepleiaren visste korleis pasienten ønskte å utføre stellet. Dette førte til at pasienten vart rolegare, og gav sjukepleiaren lov til å hjelpe med stellet. I etterkant av dette sat eg igjen med tankar om korleis sjukepleiaren trådde fram. I denne situasjonen nytta sjukepleiaren god kommunikasjon for å unngå tvang. I studien til Gjerberg et., al. (2013) kjem det fram at personalet kan bruke språket bevisst ved å seie kva personen skal gjere, i staden for å gi dei valet ved å spørje kva pasienten vil. Sjukepleiaren i praksis sin framgangsmåte var å være roleg. Ho kjente gjerne pasienten frå før, med dette visste ho at ved å ta seg god tid til pasienten, ved å kommunisere tydeleg og bruke ulike kommunikasjonsteknikkar og personretta omsorg kunne ein hindre misforståingar og dermed bruk av tvang. Sjølv om pasienten var vanskeleg å forstå, hjalp desse teknikkane. Dette er eit døme på kor viktig det er at sjukepleiarar tek seg tida til å nytte ulike strategiar til å hjelpe pasientane på best mogeleg vis. I denne situasjonen kan ein dra inn problemstillinga, og sjå at ved bruk av god kommunikasjon og personretta omsorg vart utfallet frivilligheit i staden for tvang.

Sjukepleie handlar mykje om å kjenne til livet og livshistorie, spesielt på omsorgssenter der pasientane bur. Ulike tiltak kan fremme identitet og kan gi pasienten ei kjensle av tilbøyelegheit. Då eg var i praksis på skjerma eining, hadde nokre av pasientane det ein kallar ei minnebok. Desse bøkene vart vi oppmoda om å bla i for å bli betre kjent med pasientane vi skulle ha med å gjere desse åtte vekene. Ein kunne sjå bilete frå barndom til dagens dato, lese om interesser og kva pasienten hadde gjort tidlegare i livet sitt. Gjennom å lese desse minnebøkene vart ein kjent med pasienten si fortid og kunne finne samtaleemne som vidare skapte relasjon med pasienten. Eg erfarte dette som eit godt tiltak til å skape relasjonar med pasientane på avdelinga. Eg oppdaga fort at pasientane gav meg meir tillit, då vi brukte mykje tid saman til å bla i minnebøkene, å snakke om interesser og familie. Eg fekk intrykk av at pasientane følte seg tryggare rundt meg då vi snakka om livshistorie og interesser, dette førte til at pasientane stolte på meg, og gav meg løyve til å utføre stell, og hjelpe med daglegdagse aktivitetar. Pasientar som ofte motsette seg hjelp til skift av blant anna bleie midt på dagen, vart rolegare og tryggare på meg som pleiar, og situasjonen som elles var utfordrande forblei frivillig då pasienten gav meg løyve til å hjelpe. Eg får støtte i studien til Smit (2017) der dei

legg dei vekt på viktigheita av å kjenne til pasientens livshistorie. Vidare tek studien føre seg individuell tilnærming med personsentrert omsorg. Gjennom å kjenne til pasienten si livshistorie, kunne ein bruke dette som eit tiltak som gjorde at pasienten kjente seg tryggare og med dette akseptere til dømes stellesituasjonen. Personleg kjennskap til familierelasjonar og pasienten sjølv, gjorde det enklare å etablere eit godt samspel mellom pleiar og pasient. Dette er noko eg sjølv har erfart kan være eit godt tiltak fleire gonger i praksis.

Gjerberg et., al. (2013) skriv i studien sin at helsepersonell kunne ha nytta medisiner til den utagerande pasienten og skjerma vedkommande på rommet. I staden for dette, vel dei å bruka personsentrert omsorg og ein-til-ein pleie, der ein pleiar heller prøver å forstå og lytte til pasienten. På denne måten kan pasienten få utrykke seg og få ut frustrasjon utan at det vert nytta tvang. Dette kan skape tillit og eit nærare forhold mellom pleiar og pasient. Derimot er ikkje dette like lett å utføre i praksis, då Gjerberg et., al. (2013) som tidlegare nemnt forutsett at faktorar som ressursar, bemanning, tid og kompetanse er på plass.

7.0 Konklusjon

I arbeid med denne oppgåva har eg forsøkt å finne svar på problemstillinga mi «*Kva tiltak kan forebygge bruk av tvang til personar med demens?*» Gjennom arbeid med temaet, har eg fått ei forståing av omfanget av tvang, faktorar som fører til bruken av tvang, og tiltak som kan reduserer bruken av tvang. Gjennom fag- og forskingslitteratur kjem det fram at nokre lykkas i å førebygge bruk av tvang, gjennom fokus på tiltak som god kommunikasjon og personsentrert omsorg. Likevel vil eg påstå at det ikkje finst eit fasitsvar i praksis, på korleis problemstillinga kan løysast, då vi alle er unike og ulike menneskjer. Tiltak som fungerer i ein situasjon, er ikkje sikkert fungerer i annan. Personsentrert omsorg og god kommunikasjon har vist seg å ha ein positiv effekt, noko eg ikkje er i tvil om, då dette er noko som går igjen i forskning, teori og frå eiga erfaring.

I forskingsartiklane eg har nytta i denne oppgåva, kjem det fram fleire tiltak som kan bidra til å redusere samt førebygge bruk av tvang i demensomsorga. Omsorgssentera sine ressursar og dei ansette sin kompetanse kjem som ei forutsetning for at førebyggande tiltak skal vere mogleg å gjennomføre. På same tid er samarbeid med leiing og ansette er og ei forutsetning for at arbeidet skal gjennomførast. Bemanning, miljø og ressursar burde vektleggast, og

personale og leiding må saman kommunisere å legge til rette for dette. Vidare vil kunnskap om lovverket vere viktig å kjenne til, då det vil vere vanskeleg å førebygge tvang, dersom ein ikkje kjenner til rammene ein skal forhalde seg til.

Tvangsbruk fører ofte til etiske dilemma, og som sjukepleiar har ein eit særskilt ansvar i vurdering om kva som er pasienten sitt beste. Grensa mellom frivilligheit og tvang er ofte uklar, og situasjonen som byrjar frivillig kan fort gå i retning mot tvang. For å unngå dette står tillitskapande tiltak sentralt. Dette kan innebere oppmuntring og motivasjon, det å skape trygge og forutsigbare omstende for pasienten, å kommunisere på ein måte som pasienten forstår og det å lære pasienten med demens å kjenne. Eg meiner at sjukepleiarane sine haldningar og kompetanse pregar bruken av tvang, og at fleire har ulikt syn på kva som er tvang og når ein brukar tvang. Kunnskap og kompetanse hos helsepersonell er heilt klart ein viktig faktor for å unngå tvang i demensomsorga. Kunnskap om den enkelte sin demenssjukdom, pasienten si livshistorie og sine reaksjonar. Kunnskap om ulike strategiar, vil ha stor betydning for handtering av ein utfordrande situasjon og for å unngå tvang. På bakgrunn av mine funn viser det klart at det er forbettringspotensiale i omsorg og sjukepleie til personar med demens, som treng meir fokus i den daglege omsorga. Som sjukepleiar er det viktig at fokuset flyttast frå oppgåvesentrert til personsentrert omsorg, og sjå heile mennesket. Talet på personar med demens er venta å auke kraftig i framtida, dette understrekar at det er viktig for demensomsorga og ha eit fokus på mennesket bak diagnosen og førebyggjande tiltak mot tvang. Dette vil føre til auka livskvalitet til personar med demens.

8.0 Litteraturliste

- Aasen, S, E. (2020, 03. Januar). Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk. Helsebiblioteket.no. <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk>
- Dalland, O. (2017). Metode og oppgaveskriving. (6. Utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O., & Trygstad, H. (2017). Kilder og Kildekritikk. I O. Dalland. Metode og Oppgaveskriving (6. utg., s.149-165). Gyldendal Akademisk.
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (2018). Demens. I K. Engedal & P. K. Haugen (red.), Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling (s.14-28). Forlaget aldring og helse- akademisk.
- Engedal, K., Hauge, P.K. (2018). Kognitive symptomer. I Haugen, P, K (Red.), Demens-sykdommer diagnostikk og behandling. (s. 29-40). Forlaget aldring og helse- 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/10.1177/0969733012473012>
- Helsedirektoratet. (2021,19. mars). Om demensplan 2025. Helsedirektoratet.no. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/demens/demensplan-2025>
- Helsedirektoratet. (2022, 27.april). Personsentrert omsorg og behandling ved demens. Helsedirektoratet.no <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/personsentrert-omsorg-og-behandling-ved-demens#virksomheter-skal-etablere-rutiner-for-personsentrert-omsorg-og-behandling-til-personer-med-demens> 0
- Helsedirektoratet. (2022, 22. april).Legemidler mot atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD). Helsedirektoratet.no <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/legemidler-mot-atferdsmessige-og-psykologiske-symptomer-ved-demens-apsd>
- Jacobsen, F.F., Mekki, T.E., Førland, O., Folkestad, B., Kirkevold, Ø., Skår, R., Tveit, E.M., 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. doi: [10.1186/s12912-017-0244-0](https://doi.org/10.1186/s12912-017-0244-0)
- Kirkevold, Ø. (2018). Å forstå nevropsykiatriske symptomer. I K. Engedal & P.K. Haugen (Red.), Demens: sykdommer, diagnostikk og behandling. (1.utg. s. 260-274). Tønsberg: Forlaget aldring og helse akademisk.

Lejman, E., Westerbotn, M., Pöder, U., & Wadensten, B. (2013). The ethics of coercive treatment of people with dementia. *Nursing Ethics*, 20(3), 248–262.
<https://doi.org/10.1177/0969733012463721>

Nasjonalforeningen. (20.05.2022). Hva er demens? Nasjonalforeningen.no
<https://nasjonalforeningen.no/demens/hva-er-demens/> 28.05.2022

NSF. (2019). Yrkesetiske retningslinjer. NSF.no <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven [pasientrettighetsloven]. LOV-1999-07-02-63. Lokalisert på
<http://www.lovdatab.no>

Rokstad, A.M.M. (2020). Hva er demens? I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), Personer med demens møte og samhandling (2. utg., s.23- 48). Cappelen Damm akademisk.

Rokstad, A.M.M. (2020). Personsentret omsorg. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), Personer med demens: møte og samhandling (2. utg., s.51-70). Cappelen Damm akademisk.

Rokstad, A. M. M., & Røsvik, J. (2018). Personsentrert omsorg. I K. Engedal., & P. K. Haugen (red.), Demens- sykdommer, diagnostikk og behandling (s.300-314). Forlaget aldring og helse

Skovdahl, K. & Berentsen, D. V. (2020). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold., K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff. (Red.), Geriatrik sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten. (3. Utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Smebye, K. L. (2020). Samarbeid med pårørende. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye. (Red.), Personer med demens: Møte og samhandling. (2. Utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Smit, J.A. & Hvalvik, S. (2015). *Geriatrik sykepleie*, årgang 7, 6-13.
https://www.nsf.no/sites/default/files/groups/subject_group/2019-11/gs_0215_0.pdf

Thidemann, I-J. (2017). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter (2. opplag). Oslo: Universitetsforlaget.

Wogn-Henriksen, K. (2020). Kommunikasjon. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), Personer med demens: Møte og samhandling. (2. utg., s.86-111). Cappelen Damm akademisk.

Øye, C. (2015). Frivillighet og tvang i sykehjem- to sider av samme sak?
<https://www.michaeljournal.no/article/2015/06/Frivillighet-og-tvang-i-sykehjem-to-sider-av-samme-sak-#:~:text=Michael%202015%3B%2012%3A%20167%E2%80%93,begrense%20enkeltindividers%20valgmuligheter%20og%20frihet.>

9.0 Vedlegg 1 PICO.

P	I	C	O
<p>Problem/ Kven</p> <p>Pasient på sjukeheim med demens</p>	<p>Intervensjon/ Kva tiltak? Kva er det pasienten vert «utsett for» i sjukepleiepraksis?</p> <p>Korleis førebygge tvang</p> <p>Korleis unngå/ løyse situasjonar som kan gå frå å være frivillige til å bli tvang.</p> <p>Tillitskapande tiltak Kommunikasjon Personsentrert omsorg</p>	<p>Comparison. Samanliknast med noko anna?</p>	<p>Outcome/ utfall Kva effekt ønskast vurdert?</p> <p>Frivilligheit framfor tvang i utfordrande situasjonar.</p> <p>Frivilligheit i daglegdagse aktivitetar som stellesituasjonen.</p>

10.0 Vedlegg 2- søkeprosessen

Database	Søkeord	To-kombinasjons-ord	Tre-Kombinasjons-Ord	Fire-Kombinasjons-ord	Artikkel
CINAHL	Dementia	Dementia AND Coercion	--->--->--->--->	--->--->--->--->	«How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study»
Antall Treff	81 232	23			
PubMed	Dementia	Dementia AND Coercion	Dementia AND Coercion AND Treatment	Dementia AND Coercion AND Treatment AND Nursing home	«The ethics of coercive treatment of people with dementia»
Antall treff	247 897	66	49	13	
SveMed+	Demens	Demens AND Tvang	Demens AND Tvang AND Sykehjem	--->--->--->--->	«frivillighet og tvang i sykehjem- to sider av samme sak»
Antall treff	2002	23	4		
SveMed+	Demens	Demens AND Tvang	--->--->--->--->	--->--->--->--->	«Makt og tvang i stellesituasjoner»

<i>Antall treff</i>	2002	23			
PubMed	Dementia	Dementia AND restraint	Dementia AND Restraint AND Nursing home	Dementia AND Restraint AND Nursing home AND Person centered care	«a mixed method study of an education intervention to reduce of restraint and implement person- centered dementia care in nursing homes»
<i>Antall treff</i>	247 897	617	261	7	



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152-O-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	03-06-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	07-06-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sykepleie		
Flowkode:	203 SK152 1 O 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	465
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7711
----------------------	------

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

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	39
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

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