



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKH390

Predefinert informasjon

Startdato:	24-11-2022 12:00 CET	Termin:	2022 HØST
Sluttdato:	08-12-2022 14:00 CET	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKH390 1 O 2022 HØST		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	301
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7991
----------------------	------

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:	12
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



BACHELOROPPGAVE

Bruk av tvang i demensomsorg

Kandidatnummer: 301

Antall ord: 7991

Bachelor i sykepleie

Høgskulen på Vestlandet/Campus Haugesund/Avdeling for
helsefag

Innleveringsdato 08.12.2022

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.*

Innholdsfortegnelse

1.	Innledning.....	7
1.1	Bakgrunn	7
1.2	Tidligere forskning.....	8
1.3	Sykepleiers rolle og perspektiv.....	8
1.4	Demens	9
1.4.1	Nevropsykiatriske symptomer	11
1.4.2	Demensplan 2020	11
1.4.3	Det etiske perspektiv	12
1.5	Tvang.....	13
1.6	Personsentrert omsorg	14
1.6.1	VIPS, rammeverket for personsentrert omsorg	15
1.7	Problemstilling og hensikt.....	16
1.7.1	Oppgavens avgrensing.....	16
2.	Metode.....	17
2.1	Presentasjon av søk.....	17

2.2 Kildekritikk.....	18
2.3 Fremgangsmåte.....	18
2.4 Presentasjon av forskningsartikler	19
3. Resultater og analyseprosessen	23
3.1 Analyse.....	23
3.2 Resultater.....	23
3.2.1 Tvang.....	23
3.2.2 Subjektive opplevelser av tvang.....	24
3.2.3 Tilnærming.....	25
3.2.4 Relasjoner	25
3.2.5 Organisasjon og ledelse	26
3.2.6 Personsentrert omsorg	27
4. Diskusjon	28
4.1 Demensutvikling.....	28
4.2 Bruk av tvang i demensomsorgen i sykehjem	29
4.3 Det etiske perspektivet	30
4.4 Personsentrert omsorg	31
4.5 Organisasjon og ledelse.....	33
5. Konklusjon	35
6. Litteraturliste.....	36
7. Vedlegg.....	39

Innholdsfortegnelse tabeller og figurer

Tabell 1 - Ulike former for demens.....	9
Tabell 2 – VIPS-rammeverket	15
Tabell 3 - Presentasjon av forskningsartikler.....	19
Tabell 4 - Tematisk analyse.....	23
Figur 1 - Utvikling av Alzheimers sykdom	10

Sammendrag

Bakgrunn: Bakgrunn for valg av tema er egne opplevelser og inntrykk i løpet av både praksisperioder og arbeid utenom studiet på demensavdeling på sykehjem der tvang ofte blir brukt som en rutine i hverdagen fremfor et tiltak som ble brukt dersom alle andre tiltak ikke nyttet.

Problemstilling: «Hvordan kan personsentrert omsorg være med å redusere og forebygge bruk av tvang i demensomsorg i sykehjem».

Hensikt: Belyse problematikken med tvangsbruk i norske sykehjem, opplevelse og erfaringer med bruk av tvang og hvilke omstendigheter som må ligge til rette for at personsentrerte strategier og tilnærminger skal kunne integreres i pleie og omsorg hos demenspasienter på sykehjem, og til slutt om dette kan være med å forebygge og redusere bruken av tvang.

Metode: Det blir brukt litteratursøk som metode, og relevant forskning og teori brukes for å besvare oppgavens tema og problemstilling.

Resultat: Demens, tvang og personsentrert omsorg defineres og ses ulikt og tvangsbruk i norske sykehjem har vært omfattende over tid. Det å være kjent med pasientens historie og preferanser er essensielt for å lykkes med tillitsbyggende strategier og at det på organisatorisk nivå må være tilrettelagt for personsentrert omsorg.

Konklusjon: Dersom ledelsen ikke tilrettelegger for personsentrert omsorg, er det grunn til å tro at dette forplanter seg videre i institusjonen. En organisasjon og ledelse som tilrettelegger og underviser i personsentrert omsorg og med personale med kompetanse og kunnskap i hvordan yte personsentrert omsorg vil det være mulig å både forebygge og redusere tvang.

Abstract

Background: The background for the choice of theme is my own experiences and impressions during both practice periods and work outside the study in the dementia ward of a nursing home where coercion is often used as a routine in everyday life rather than a measure that was used if all other measures failed.

Problem: "How can person-centred care help reduce and prevent the use of coercion in dementia care in nursing homes"

Purpose: To shed light on the problem of coercive use in Norwegian nursing homes, experiences with the use of coercion and the circumstances that must be in place for person-centred strategies and approaches to be integrated into care for dementia patients in nursing homes, and finally how this can help prevent and reduce the use of coercion.

Method: The methodology consists of a literature review and relevant research and theories are used to explore the thesis topic.

Results: Results show that both dementia, coercion and person-centred care are defined and viewed differently and that the use of coercion in Norwegian nursing homes has been extensive over time. Results also show that being familiar with the patient's history and preferences is essential for success with trust-building strategies and that at an organizational level it must be arranged for person-centred care.

Conclusion: The bachelor's thesis concludes that if the management does not facilitate person-centred care, there is reason to believe that this will spread further in the institution. An organization and management that facilitates and teaches person-centred care and with staff with competence and knowledge in how to provide person-centred care, it will be possible to both prevent and reduce coercion.

1. Innledning

I denne oppgaven vil jeg gå nærmere inn på temaet «Tvang i demensomsorgen». Bruk av tvang er utbredt i norske sykehjem og har vært omfattende over tid (Eide & Eide, 2019, s. 97). Personer med demens er en sårbar og utsatt pasientgruppe, og der studier viser at 45 % av pasienter på avdelinger for personer med demens utsettes for tvangstiltak i løpet av en uke og en tredjedel utsettes for mer enn en type tvang (Garden og Hauge, 2012, s. 18). Det er i dag 101 000 nordmenn som lever med demens, og hvert år vil omkring 10 000 nye personer få diagnosen. Ettersom vi nå lever lengre enn før vil flere utvikle sykdommen, og det antas at i 2050 vil 238 000 nordmenn ha en demensdiagnose. Personer med demenssykdom har en kognitiv svikt som påvirker evnen til å fungere i dagliglivet (Aldring og helse, u.å). Når vi ser på denne utviklingen og de utfordringene norsk helsevesen vil få i fremtiden og ikke minst med tanke på det å utøve god omsorg og pleie er det viktig å se på bruk av tvang i norske sykehjem og finne alternative strategier som vil være med å redusere tvangsbruk. Ifølge demensplanen 2020 er ikke dagens kommunale helse- og omsorgstjeneste i tilstrekkelig grad bygget og tilrettelagt for personer med demens og deres pårørende. Hovedinnsatsen av tiltakene i demensplan 2020 er derfor rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

1.1 Bakgrunn

Bakgrunn for valg av temaet «tvang i demensomsorgen» er egne opplevelser og inntrykk i løpet av både praksisperioder, og arbeid utenom studiet på demensavdeling på sykehjem. Mine opplevelser i forhold til dette temaet er at det ikke var faste rutiner i hvordan man håndterte situasjoner på avdelingen som resulterte i bruk av tvang, i hvert fall ikke i praksis. Enten det er sykepleiere, helsefagarbeidere eller ufaglærte ansatte, så jeg i praksis at det var deres tilvente tilnærminger og strategier i den gitte situasjonen som avgjorde hvordan situasjonen ble håndtert. Tvang var nærmest en rutine i hverdagen fremfor et tiltak som ble brukt dersom alle andre tiltak ikke nyttet. Samtidig er det fascinerende hvor forskjellig helsepersonell ser på tvang, og hvordan hver og en av oss definerer det ulikt. Dette er et veldig relevant og viktig tema, og ikke minst et dagsaktuelt tema som jeg føler en fremtidig sykepleier må ha god kunnskap om.

1.2 Tidligere forskning

Mye av tidligere forskning omhandler prevalens av ulike typer tvang i sykehjem, faktorer knyttet til bruk av tvang, konsekvensen av tvangsbruk, og personalets grunner til å bruke tvang (Hem et al., 2013, s. 295, Gjerberg et al., 2017, s. 634). Det finnes en betydelig mengde forskning på ulike sider ved bruk av tvang i sykehjem. Idealet ser ut til å være tvangfri omsorg, men litteraturen er ikke klar når det gjelder de beste og mest effektive pedagogiske tilnærmingene. Betydningen av personsentrerte tilnærminger understrekes i flere tidligere studier (Gjerberg et al., 2017, s. 634). Økt kunnskap om demenssykdommer er et av kjerneelementene for å gjøre samfunnet mer demensvennlig ifølge demensplanen 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 52). Sett i lys av at personer med demens vil dobles frem mot 2050, viser demensplan 2020 at søkelyset skal rettes mot denne pasientgruppen. Dette kan være med på å fremme forskning på området i fremtiden.

1.3 Sykepleiers rolle og perspektiv

Uavhengig av hvor man jobber som sykepleier, møter man eldre mennesker med demens, enten i kommunehelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten. Vi skal yte helhetlig og individuelt tilpasset sykepleie. Sykepleien skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients opplevelser, verdier, ønsker og behov og ivareta pasientens integritet og verdighet (Kirkevold, 2020). Som sykepleier har vi en viktig rolle ovenfor pasienter med demensdiagnose, der vi i stor grad kan påvirke hverdagen i positiv retning for denne pasientgruppen. Fokuset på personsentrert omsorg er økende, demensplanen 2020 viser en nasjonal innsats for et mer demensvennlig samfunn og vår kunnskap og kompetanse vil derfor kunne være med å bidra til en positiv utvikling. En sykepleier skal både undervise og veilede kolleger, fremme åpenhet, og gode tverrfaglige samarbeidsforhold på tvers av helsetjenesten (Norsk sykepleieforbund, u.å.). I oppgaven knyttes både teori og en av de valgte studier opp mot Kitwoods teori om personskap eller «personhood» som han skriver. Kitwood skrev i en tid da personer med demens ble sett på som personer med manglende innsikt, og som knapt var mer enn fysiske kropper som krevde kun det grunnleggende av omsorg. Kitwood definerer personskap som at det er en status eller status som best tildeles et menneske, av andre, i sammenheng med relasjoner og sosialt vesen. Personskap ifølge

Kitwood innebærer da både anerkjennelse, respekt og tillit (Brooker, 2019, s. 7).

1.4 Demens

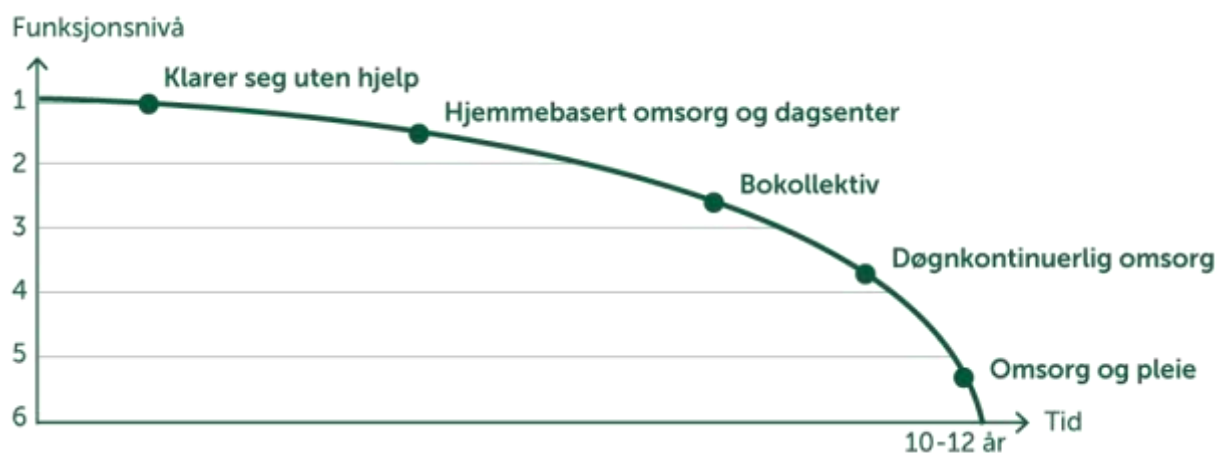
I 2012 utpekte Verdens helseorganisasjon (WHO) demens til en av vår tids største folkehelseutfordringer på verdensbasis. Forekomsten av demens i verden er beregnet å komme opp i 115 millioner tilfeller i 2050. Demens er et klinisk symptombilde som karakteriseres ved en gradvis forverring av kognitiv og praktisk svikt. Kognitiv svikt inkluderer redusert hukommelse, orienteringsevne, språk, problemløsning samt abstraksjonsevne. Praktisk svikt innebærer økende problemer med å løse dagliglivets aktiviteter, noe som vanskeliggjør muligheten for et selvstendig liv (Rokstad, 2021, s. 12). Vi har flere ulike former for demens (Tabell 1) som oppført i tabellen (under (Aldring og helse, u.å.):

Tabell 1 - Ulike former for demens

Alzheimers sykdom	Vaskulær demens	Demens med lewylegemer	Frontotemporal demens	Andre typer demens
Alzheimers sykdom er en hjernesykdom som særlig rammer eldre, og den er den hyppigste årsaken til demens (60 prosent).	Vaskulær demens oppstår oftest som følge av et hjerneslag (hjerneinfarkt), men kan også være resultat av andre sykdommer eller skader som påvirker hjernens blodårer.	Demens med lewylegemer rammer først dypere deler av hjernen. Typiske symptomer er svingende grad av kognitiv svikt, synshallusinasjoner, stivhet og skjelvinger og forstyrret søvnmønster.	En sjelden demensform som fører til skader på hjernens fremre deler; pannelappene og tinninglappene. Starter gjerne i 40- til 50-årsalderen. Forstyrret atferd og endret personlighet kan være første symptom.	En lang rekke sjeldne sykdommer og tilstander som rammer hjernen kan føre til at det utvikles demens. Det kan være alt fra slag mot hodet og inntak av toksiske stoffer til hormonforstyrrelser og ekstrem vitaminmangel

Vi deler gjerne demenssykdom opp i ulike grader av demens som mild, moderat og alvorlig. Når en person har mild grad av demens, virker det inn på evnen til å klare seg selv i dagliglivet. Med moderat grad av demens vil ikke personen klare seg selv uten hjelp av andre. Har man en alvorlig grad av demens trenger personen kontinuerlig tilsyn og pleie (Solheim, 2015, s. 20). Å leve med demens oppleves svært ulikt, men mange beskriver det som en stor påkjenning som medfører usikkerhet og angst og påvirker selvfølelsen og selvbildet. Mange føler seg stigmatisert, flau eller dumme. Demens oppleves som en trussel mot egen identitet, opplevelse av verdi og endrer personens roller og relasjoner til andre (Rokstad, 2021, s. 13).

Kurven under viser den typiske utviklingen av Alzheimers sykdom (Figur 1). De fleste demenssykdommer følger dette gradvise forløpet. Det går langsomt de første årene. Så endrer situasjonen seg, og personen med demens forandrer seg merkbart på kort tid (Aldring og helse, u.å.).



Figur 1 - Utvikling av Alzheimers sykdom

1. Klarer seg selv.
2. Kan utføre vanlige aktiviteter, men personen blir ofte forvirret.
3. Kan klare seg i kjente omgivelser og situasjoner, men hukommelsesproblemene er store. Personen trenger påminnelse og har ofte nedsatt initiativ.
4. Personen har handlingsvikt og språkvansker.
5. Kan ikke kommunisere verbalt på en meningsfull måte.
6. Motoriske funksjoner er betydelig nedsatt, og personen må derfor sitte i en stol eller ligge til sengs (Aldring og helse, u.å.).

1.4.1 Nevropsykiatriske symptomer

Pasienter med alvorlig grad av atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD) kan oppleves som de mest utfordrende pasientene i demensomsorgen, og de krever gjerne mye ressurser fra både pårørende og helse- og omsorgspersonell. APSD kalles også nevropsykiatriske symptomer og er vanlig og omfatter mange ulike symptomer med ulike årsaker og som derfor krever ulik behandlingstilnærming. APSD kan inndeles i fire hovedtyper:

- Atferdssymptomer, slik som aggresjon, agitasjon/uro, manglende hemning, irritabilitet og repetitiv atferd.
- Psykotiske symptomer, det vil si hallusinasjoner og vrangforestillinger.
- Affektive symptomer, slik som depresjon/dysfori, angst, oppstemthet/eufori og apati (apati kan forekomme uten at det er et affektivt symptom).
- Vegetative symptomer, slik som endringer i appetitt og søvn.

Over 90% av personer med demens vil utvikle APSD i løpet av sykdomsforløpet.

Symptomene kan debutere både tidlig og sent i demenssykdommen og variere i intensitet og varighet. APSD kan både være knyttet til bestemte situasjoner og være tidsavgrensede eller opptre på tvers av situasjoner og bli kroniske. Noen longitudinelle studier viser at agitasjon og apati tiltar med økende grad av demens, mens affektive symptomer avtar (Helsedirektoratet, 2022).

1.4.2 Demensplan 2020

Målet med Demensplan 2020 er å skape et mer demensvennlig samfunn, som tar vare på og integrerer personer med demens i fellesskapet. Dette krever større åpenhet og økt kunnskap om demens i samfunnet generelt og i helse- og omsorgstjenestene spesielt. Regjeringens mål er å skape brukerens og pasientens helse- og omsorgstjeneste. Da må brukernes egendefinerte behov stå i fokus ved utvikling av tjenestene. Erfaringskunnskapen som mennesker med demens og kognitiv svikt selv sitter med, er nødvendig for å finne de gode løsningene. Demensplan 2020 er derfor utviklet i et tett samarbeid med mennesker som selv har demens og deres nærmeste. Personer med demens vil selv være med og ta avgjørelser

som angår dem. Heretter bør det legges til rette for økt brukerinnflytelse og brukerinvolvering. Med bakgrunn i brukeres og pårørendes behov, uløste utfordringer fra dagens plan og ny kunnskap har Demensplan 2020 seks strategiske grep (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015):

- Selvbestemmelse, involvering og deltakelse
- Forebygging
- Diagnose til rett tid og tett oppfølging etter diagnose
- Aktivitet, mestring og avlastning
- Pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassede tjenestetilbud
- Forskning, kunnskap og kompetanse.

1.4.3 Det etiske perspektiv

Sykepleiere som arbeider med personer som har demens, møter etiske problemstillinger nesten hver dag. Demenssykdom medfører at personen kan være kompetent til å ta visse avgjørelser, men samtidig mangle kompetanse til å ta andre. Hvis personen fratras muligheten til å foreta sine egne, selvstendige (autonome) valg, krenkes han eller hun som menneske (Skovdahl, 2020, s. 427). I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleie står det at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (Norsk sykepleierforbund, u.å.).

Strøm og Engedal (2021), har i sin studie om etiske aspekter i demensomsorg skrevet en litteraturstudie om bruk av psykososiale intervensjoner. Studien tar med seg de fire etiske prinsippene autonomi-, velgjørenhets-, ikke skade- og rettferdighetsprinsippet. Studien baserer seg på balansen mellom de fire etiske prinsippene i demensomsorg sammen med Kitwoods og Brookers teori om personsentrert tilnærming. Bruken av psykososiale intervensjoner er vanlige i demensomsorg og er anbefalt siden de setter søkelys på det underliggende problemet og personens velvære. Det handler ikke først og fremst om hva som er rett eller galt, men at det er vesentlig å vurdere de etiske aspektene ved implementeringen av psykososiale intervensjoner samtidig som man tar hensyn til personens individuelle behov. Studien er relevant fordi den belyser flere ulike etiske utfordringer og dilemmaer som dukker opp i arbeid med personer med demens, opp mot de fire etiske prinsippene (Strøm & Engedal, 2021).

En artikkel av Anne Kari Tolo Heggstad i (2022) om gode relasjoner kan hindre tvang i demensomsorgen, skriver hun at om vi vektlegger tillit og tillitsskapende tiltak, i tråd med både etikk og lovverk, vil det langt på vei hjelpe oss å skape gode relasjoner. På den måten kan vi unngå uønsket bruk av tvang eller krenke pasienten. For at vi som helsepersonell ikke skal misbruke den sårbare tilliten som er gitt oss, og makten vi som sykepleiere har, trenger vi etikken. Etikken skal bidra til å ivareta relasjonen og hindre at vi krenker pasienten. Etikken kan bidra til å skape tillit. Ved å ha søkelys på etiske verdier som respekt, rettferdighet og medbestemmelse påstår hun at vi skaper tillit.

1.5 Tvang

Bruk av tvang overfor personer er regulert i flere lover, blant annet pasient- og brukerrettighetsloven, helsepersonelloven, helse- og omsorgstjenesteloven og psykisk helsevernloven. Lovreglene skal sikre forsvarlige tjenester til pasienter og brukere, og trekker grensen mellom lovlig og ulovlig tvang. Det er krav om at andre løsninger skal være prøvd før helse- og omsorgstjenesten vurderer bruk av tvang. Når det er nødvendig å bruke tvang, skal helse- og omsorgstjenesten ta beslutninger om tvangsbruk i tråd med loven. Internkontrollen skal sikre at tjenestene på området er i samsvar med gjeldende lover og forskrifter (Statsforvalteren.no, u.å.).

Det spesifiseres i loven at før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, må tillitsskapende tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4A-3). Bruk av tvang i norske sykehjem har vært ganske omfattende over tid, samtidig som bruk av tvang som regel både er etisk problematisk og kommunikativt krevende (Eide & Eide, 2019, s. 97).

Det var først i 2009 bruk av tvang ble tatt inn som en del av lovverket i pasient og brukerrettighetsloven. Formålet med denne lovreguleringen var å yte nødvendig helsehjelp for å hindre helseskade og for å forebygge og begrense bruk av tvang (Eide & Eide, 2019, s. 97). Ettersom personer med demens gradvis mister evnen til å ta vare på seg selv og samtidig mister innsikt i egen situasjon og ikke lenger har samtykkekompetanse, kan det oppstå problemer som kan være vanskelig å løse. Personer med demens kan utsette seg selv

eller andre for skade, gå til grunne eller lide overlast dersom de motsetter seg nødvendig hjelp fra andre. Helsepersonell må i enkelte situasjoner utøve tvang for å kunne gi en person med demens et verdig liv og nødvendig omsorg (Engedal et al., 2001, s.10).

1.6 Personsentrert omsorg

Det er en grunnleggende og udiskutabel verdi i sykepleiefaget å yte helhetlig og individuelt tilpasset sykepleie. Sykepleien skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients opplevelser, verdier, ønsker og behov og ivareta pasientens integritet og verdighet (Kirkeveld, 2020). Personsentrert omsorg er et mye brukt begrep i forhold til sykepleie i helse og omsorgstjenesten og er i løpet av de siste tiårene blitt beskrevet som den foretrukne tilnærmingen for god demensomsorg. Begrepet er på en måte selvforklarende, men det kan likevel virke som om det forstås ulikt i forskjellige sammenhenger. Flere betegnelser brukes i tillegg til personsentrert, som for eksempelvis «pasientsentrert», «klientsentrert» eller «individualisert omsorg». Det er en utbredt oppfatning det ikke foreligger en entydig definisjon av personsentrert omsorg, og at det kan bety ulike ting for mange i ulike deler av helsetjenesten.

Ifølge den britiske sosialpsykologen Tom Kitwood innebærer det å være en person å ha personverd. Han brukte det engelske ordet «personhood» definert som den status eller verdi som tildeles et menneske av andre i mellommenneskelige forhold og sosiale relasjoner, som innebærer gjenkjennelse, respekt og tillit (Rokstad, 2021, s. 30). I Demensplan 2020 er personsentrert omsorg den omsorgsfilosofien som ligger til grunn for god ivaretagelse av personer med demens (Helse – og omsorgsdepartementet, 2015). En norsk etnografisk studie hadde som mål å utforske hvordan teorigrunnlag og opplæring i personsentrert demensomsorg ble forstått og anvendt i daglig praksisutøvelse av ansatte og ledere i sykehjem ved bruk av kvalitative intervjuer kombinert med deltakende observasjon i avdelingene. Oppsummeringen av funn fra denne studien viste at den teoretiske kunnskapen og bruken av sentrale begreper som omhandlet personsentrert omsorg, var sparsom og ulikt fordelt i gruppene av ansatte. Det kom også frem at sykepleiere og ledere som deltok i studien, hadde et bedre tak på meningen av personsentrert omsorg, noe som illustrerer et sprik i forståelsen innad i personalgruppen (Rokstad,2021).

1.6.1 VIPS, rammeverket for personsentrert omsorg

På bakgrunn av Kitwoods teorier er det utviklet flere rammeverk for å gi en begrepsmessig forståelse av personsentrert omsorg. Ifølge Rokstad utviklet Brooker og Latham i 2016 VIPS-rammeverket for personsentrert omsorg og satte opp følgende definisjon: personsentrert omsorg = V+I+P+S (Rokstad, 2021, s. 36). Disse fire hovedelementene er beskrevet i tabellen under (Tabell 2).

Tabell 2 - VIPS-rammeverket

V	Står for verdigrunnlag. Personsentrert omsorg bygger på et verdigrunnlag som anerkjenner menneskets absolutte verdi, uavhengig av alder eller kognitiv funksjon
I	Står for individuell tilnærming. Personsentrert omsorg forutsetter en individuell tilnærming som vektlegger det unike hos hvert enkelt menneske.
P	Står for personens perspektiv. I personsentrert omsorg vil man bestrebe seg på å forstå verden fra personens perspektiv.
S	Står for støttende sosialt miljø. En personsentrert omsorgskultur sørger for å etablere et støttende sosialt miljø som dekker personens grunnleggende behov

Basert på VIPS-rammeverket for personsentrert omsorg er det utviklet en metode for å bruke rammeverket direkte i omsorgspraksis, den såkalte VIPS praksismodell (VPM). Modellen innebærer å bruke elementene i VIPS-rammeverket direkte i planleggingen av behandlingen av personer med demens. De viktigste elementene i rammeverket anvendes for å komme fram til hva som er personsentrert omsorg for den enkelte i praktiske, konkrete situasjoner (Rokstad, 2021, s. 115).

For å realisere personsentrert omsorg trengs det godt lederskap, stabil ledelse, sterkt samarbeid og effektive kommunikasjonskanaler. Det må videre investeres i kompetanseutvikling og utdanning, med fokus på kulturendring i institusjonen/tjenestene (Kirkevold, 2020, s. 100).

1.7 Problemstilling og hensikt

Oppgavens hensikt er å belyse problematikken med tvangsbruk i norske sykehjem, opplevelse og erfaringer med bruk av tvang og hvilke omstendigheter som må ligge til rette for at personsentrerte strategier og tilnærminger skal kunne integreres i pleie og omsorg hos demenspasienter på sykehjem. Med å se nærmere på helsepersonells opplevelse av demensomsorgen og dens daglige utfordringer både i henhold til bruk av tvang, etiske hensyn og faktorer som tilrettelegger eller hindrer for tillitsskapende tiltak vil det være mulig å lettere kunne identifisere områder som vil påvirke helsetjenesten til å både forebygge og redusere bruken av tvang i sykehjem. Med bakgrunn i temaet har jeg valgt følgende problemstilling: «*Hvordan kan personsentrert omsorg være med å redusere og forebygge bruk av tvang i demensomsorg i sykehjem*»

1.7.1 Oppgavens avgrensning

Denne oppgaven velger jeg å sette søkelys på pasienter på sykehjem med demensdiagnose. I forhold til om det er skjermede enheter, altså enheter spesielt tilrettelagt for personer med demens eller somatiske avdelinger med demenspasienter vurderte jeg ikke hadde noen særlig betydning i det å besvare problemstillingen. På et sykehjem vil sykepleier være sammen med denne pasientgruppen over tid og vil dermed ha et bedre utgangspunkt i å kjenne pasienten, utøve personsentrert omsorg og evaluere effekten og resultatene av dette. Videre avgrensning vil være pasienter med moderat eller langtkommen demens uavhengig av alder, kjønn og komorbide lidelser. Utfra problemstilling vil oppgaven begrenses til å omhandle bruk av personsentrert omsorg som et forebyggende og tvangsreducerende tiltak. Oppgaven går ikke veldig i dybden i personsentrerte tiltak direkte, den har heller forsøkt å belyse hvilke omstendigheter som må være til stede for at personsentrert omsorgstiltak og strategier skal kunne gjennomføres. Valgte studier som omhandler tvang, fokuserer oppgaven mer på tvang eller press i ADL situasjoner.

2. Metode

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Aubert, gjengitt av Dalland, 2021, s 53). I denne oppgaven har jeg valgt litteraturstudie som metode. I den litterære oppgaven henter du ut data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2021, s. 199). Jeg har valgt å benytte meg av kvalitativ metode som tar sikte på å fange opp mening og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle. I motsetning til en kvantitativ metode som gir data i form av målbare enheter (Dalland, 2021, s. 54). En av oppgavens valgte studier bruker en mikset metode, altså en kombinasjon av både kvalitativ og kvantitativ metode, men velger uansett å legge mest vekt på de kvalitative resultatene på bakgrunn av at vurderte det som mer relevant for oppgaven. Hensikten med en kvalitativ metodetilnærming er å få kunnskap om menneskelige egenskaper som meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger, og få frem nyanser. Kjennetegnet ved metoden er dybdekunnskap, altså mange opplysninger fra få undersøkelsesenheter (Thidemann, 2020, s. 76).

2.1 Presentasjon av søk

I oppgavens vedlegg ligger tabellen som viser hvilken database, søkeord, resultat, artikler vurdert, artikler brukt og avgrensning som er utført for å finne relevante artikler til min problemstilling (Vedlegg 2). Før søkeprosessen begynte satt jeg opp relevante søkeord i et PICO-skjema (Vedlegg 1). Jeg startet med strukturerte søk i Cinahl, en universell database som inneholder referanser til mange engelskspråklig litteratur om f.eks. sykepleie. Jeg begrenset søket til artikler fra 2010 til 2022 og forsøkte meg frem med forskjellige søkeord som vist i tabellen (Vedlegg 2). Deretter så jeg etter overskrifter som passet min problemstilling og leste abstraktet dersom noen virket relevante. Jeg så også etter om artiklene brukte IMRaD struktur for å velge vitenskapelige artikler. Denne strukturen samsvarer med forskningsprosessen, og tidsskrifter som publiserer vitenskapelige artikler pålegger forskerne å følge denne strukturen, selv om det finnes unntak (Thidemann, 2020, s. 67). Primært har jeg hentet artikler fra Cinahl, men jeg gjorde noen søk i SveMed+ siden

dette er en database med fag og forskningsartikler fra Skandinavia. For å begrense søk til fagfellesvurderte artikler, markerte jeg for «Peer reviewed tidsskrifter». For å finne annen relevant litteratur og pensum benyttet jeg meg også av ustrukturerte søk (Gressing) og snøballmetoden (Dalland, 2021, s. 151). Ved bruk av ustrukturerte søk fant jeg en artikkel og tre bøker utenfor pensum relevante for oppgaven som valgte å ta med (Brooker, 2019, Heggstad, 2022, Solheim, 2015, Engedal et al., 2001).

2.2 Kildekritikk

Kildekritikk betyr både å vurdere og karakterisere den litteraturen som er funnet (Dalland, 2021, s. 152). Alle artiklene i denne oppgaven er publisert, og fagfellevurdert i anerkjente tidsskrifter for helsepersonell og har dermed stor troverdighet (Dalland, 2021, s. 159). Alt valgt pensum, teori og forskning er ikke eldre enn 10 år, med unntak av en artikkel fra 2010 og et lite utdrag fra boka «Skal, skal ikke...» av Engedal et al. fra 2001. Pensum og annet fagstoff er ofte en sekundærkilde da innholdet kan være oversatt fra annet språk eller det har skjedd en endring fra den primære kilden til f.eks. en lærebok (Dalland, 2021, s. 156). I arbeidet med oppgaven i tillegg til å kritisk vurdere valgte artikler, har jeg også vurdert hver enkelt artikkel om den er relevant for min problemstilling. Deler av valgte forskningsartikler er publisert på engelsk så en må ta høyde for individuelle tolkninger i oversettingsarbeidet. Fem av seks valgte forskningsartikler er utført ved norske sykehjem, mens den siste er utført i Sverige. Fordelen med å basere seg på norske studier er at det vil være mer relevant i forhold til norske verdier og holdninger. Bakdelen ved å utelate utenlandske studier vil være at det kan føre til et smalere perspektiv på både tema og problemstilling.

2.3 Fremgangsmåte

I utarbeidelsen av oppgaven reflekterte jeg over fremgangsmåte og metodevalget, om dette ga et godt grunnlag for å besvare problemstillingen. Ved å vektlegge kvalitative studier styrker det oppgaven med å få frem subjektive opplevelser, erfaringer og meninger relatert til bruk av tvang, demens og personsentrert omsorg mens det på den andre siden kan være en svakhet at ikke benytter mer kvantitative data som kan belyse mer målbare data. I

forhold til oppgavens hensikt ble det vurdert at vektlegging av kvalitative studier ga oppgaven et bedre utgangspunkt til å besvare problemstillingen. Både underveis og før innlevering ble det kontrollert ved hjelp av en sjekkliste at oppgaven dekker alle de nødvendige trinnene i det akademiske arbeidet. Sjekklisten er strukturert i fire kategorier: innhold, struktur, språk og rettskriving (Thidemann, 2020, s. 120).

2.4 Presentasjon av forskningsartikler

I tabellen under (Tabell 3) ligger oppgavens valgte forskningsartikler samt hensikt, metode, funn og relevans. Alle valgte studier er vurdert som relevant for problemstillingen og belyser ulike aspekter innenfor tema.

Tabell 3 - Presentasjon av forskningsartikler

Nr	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn og relevans
1	Gjerberg, E., Hem, M.H., Førde, R., & Pedersen, R. (2013)	How to avoid and prevent coercion in nursing Homes: A qualitative study	Nursing Ethics.	Undersøke hvordan personalet håndterer utfordrende situasjoner der pasientens motsetter seg helsehjelp, og hvordan man kan unngå bruk av tvang hos pasienter som motsetter seg behandling.	Kvalitativ metode. 11 fokusgruppeintervjuer der sykepleiere, hjelpepleiere og ufaglærte deltok.	Strategier for å unngå bruk av tvang: Avlede, lokke, overbevise, overtale, bruke et bevisst valg av språkbruk, samt redusere pasientens alternativer. Flexibilitet: - Prøve igjen senere - Bytte på personalet. - En til En. Kriterier for å forebygge tvang: God nok bemanning, ressurser på sykehjemmet, god nok kompetanse, og det å kjenne til pasientens. Relevant for viser utfordrende situasjoner mtp tvang, og belyser ulike strategier brukt av personalet.
2	Garden, M. H., & Hauge,	Kampen for pasientens	Nordic journal of	Undersøke hvordan det	Kvalitativ livsverden design. Der det ble	Studien beskriver sykepleierens opplevelse

	S. (2012)	beste - sykepleiers opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens.	nursing research & clinical studies.	oppleves av sykepleiere å benytte tvang i hverdagslige situasjoner mot personer med demens.	gjennomført individuelle intervjuer med 8 sykepleiere som jobber med personer med demens.	knyttet til bruk av tvang. Opplevelsen av å ikke nå og ikke forstå pasienten. Opplevelsen av å ha skyld i pasientens negative opplevelse. Opplevelsen av pasienten som tapt eller tildekket. Opplevelsen av sinne i omsorgssituasjonen. Opplevelsen av trange rammer. Relevant for viser balansen mellom frivillighet og tvang, og sykepleiers opplevelse av å bruke tvang i ADL situasjoner.
3	Hem, M. H., Gjerberg, E., Pedersen, R., & Förde, R. (2010).	Pleie og omsorg i grenseland et mellom frivillighet og tvang.	Sykepleie n forskning .	Beskriver typiske situasjoner når omsorg og pleie skal gis til personer med demens som motsetter seg hjelp.	Fokusgruppeintervju med 60 pleiere på fem sykehjem. Er brukt en åpen form for analyse (bricolage) av det transkriberte datamaterialet.	Resultater viser at å hjelpe personer med demens med personlig stell byr på mange utfordringer. Grensene mellom frivillighet og tvang er ofte uklare. Etablering av tillitsfulle relasjoner til pasientene er en måte å redusere tvang og øke frivillighet. Relevant for viser typiske situasjoner ved pleie og omsorg til personer med demens som motsetter seg hjelp.
4	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	BMC Nursing.	Undersøker hvilke faktorer som hindrer eller tilrettelegger for personalets bevisstgjøring knyttet til tillitsskapend	Blandet metodedesign som kombinerer kvantitative og kvalitative metoder. P-CAT (Person-centred Care Assessment Tool) og QPS-Nordic (Det generelle nordiske spørreskjemaet for psykologisk og sosiale	Kvalitative data indikerte økt medarbeiderbevissthet knyttet til å bruke tvang – eller ikke- i sammenheng med personsentrert omsorg. Kvalitative data indikerte at om delte beslutninger om alternativ tiltak for tvang

		person-centered dementia care in nursing homes.		e tiltak basert på personsentrert omsorg, som et alternativ til tvang hos pasienter med demens på sykehjem.	faktorer på jobben) ble instrumenter brukt for å måle personaleffekter i form av personsentrert omsorg og oppfatning av lederskap. De kvalitative dataene ble samlet inn gjennom etnografisk feltarbeid, kvalitative intervjuer og analyse av 84 refleksjonsnotater fra åtte personer i de fire teamene som tilrettela intervensjonen.	ble brukt var en funksjon av dynamisk samspill mellom tilrettelegging og kontekstuell elementer. I den forbindelse fremstod sykehjems ledernes rolle som et sentralt element for å fremme eller hindrer personsentrert omsorg. Imidlertid varierte forholdet mellom ledere og ansatte betydelig på tvers av individuelle institusjoner, det samme gjorde personalets bevissthet knyttet til tvang og personsentrert omsorg. Relevant for ser på faktorer som både tilrettelegger og hindrer bevisstgjøring knyttet til tillitsskapende tiltak basert på personsentrert omsorg.
5	Mjørud, M., & Røsvik, J. (2022).	You can tell it works – Experiences from using the VIPS practice model in primary healthcare.	Dementia	Erfaringer fra bruk av VIPS praksismodell i det primære helsevesen.	Sykehjemsleger, ledere og ledere i kommunene, omsorgsinstitusjoner og innenlandske sykepleietjenester var kvalifisert for inkludering hvis arbeidsplassen deres hadde implementert og brukt VIPS-praksismodellen i minimum 12 måneder. Individuelle intervjuer ble gjennomført via Facetime, Skype eller telefon og analysert med kvalitativ	To globale kategorier dukket opp: kategori 1: Endring i personalets faglige resonnement med to underkategorier: (a) en forbedret faglig nivå i diskusjoner og (b) endring i fokus fra oppgave til person; og kategori 2: Endringer i det kliniske arbeidet, med tre underkategorier: (a) effektive intervensjoner, (b) a personsentrert arbeidsmiljø og (c) endringer i samarbeid mellom interessenter.

					innholdsanalyse.	Relevant for viser erfaring med bruk av VIPS praksismodellen i sykehjem.
6	Lejman, E., Westerbotn, M., Pöder, U., & Wadensten, B. (2013).	The ethics of coercive treatment of people with dementia.	Nursing ethics	Beskrive hvordan sykepleierne i sykehjem sørger for god og trygg sykepleie og opprettholdelse av beboerens integritet.	Kvalitativ metode. Semi-strukturerte intervjuer av 10 sykepleiere.	Tre fremtredende temaer: sikre kvalitet i sykepleieutøvelsen uten å bryte pasientens rettigheter. Lav bemanning førte til bruk av tvang, som blant annet belter, sengehest og medikamenter. Informasjon om beboeren og bevissthet trekkes frem som et forebyggende tiltak. Relevant for ser på det etiske innen bruk av tvang i demensomsorg og hvordan opprettholde beboers integritet.

3. Resultater og analyseprosessen

3.1 Analyse

For å analysere artiklene nummererte jeg først studiene fra 1 til 6 i en tabell for deretter å trekke ut temaer fra artiklene etter hvert som de kom frem (Tabell 4). I selve artiklene markerte jeg ved bruk av fargekoder for å markere relevante temaer, for deretter å føre det inn i tabellen som vist under. Temaene i analysen er sammensatt for å gi best utgangspunkt til å besvare problemstillingen. Analysen er gjort ved bruk av Aveyard tematiske analysemodell som innebærer å trekke ut temaer i valgte studier fra resultatdelene (Thidemann, 2020, s. 96).

Tabell 4 - Tematisk analyse

Tema	Studie
Tvang	1,2
Subjektiv opplevelse av tvang	1,2,3
Tilnærminger	1,5,6
Relasjoner	1,3,6
Organisasjon og ledelse	1,2,5,6
Persontrentert omsorg	4,5,6

3.2 Resultater

3.2.1 Tvang

Når 45 % av pasienter på avdelinger for personer med demens utsettes for tvangstiltak i løpet av en uke og en tredjedel utsettes for mer enn en type tvang, viser dette at tvang er utbredt i norske sykehjem. Den vanligste formen for tvangsbruk er holding av pasienter

under bistand med personlig hygiene. Sykepleierne i studien til Garden og Hauge (2012), opplevde bruk av tvang som en kamp for pasientens beste, men det var mer uavklart hva som faktisk var pasientens beste. Studien til Hem et al. (2010), viser at det ikke alltid er lett å definere hva som er frivillighet og hva som er tvang i pleiesituasjoner i arbeid i demensomsorg der grensen mellom tvang og frivillighet kan ligge i en hårfin balanse. Studien viser oss at for å utvikle bevissthet om og alternativer til tvang, er det viktig at pleierne engasjerer seg i kontinuerlige diskusjoner om praksis.

3.2.2 Subjektive opplevelser av tvang

I studien til Garden og Hauge (2012), viser resultatene at tvang i ADL situasjoner er den mest vanlige formen for tvang, og her beskrives sykepleiernes subjektive opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens. Utvalget i studien besto av 8 sykepleiere og analysen førte frem til fem ulike opplevelser i forbindelse med bruk av tvang. Opplevelsen av å ikke nå og ikke forstå pasienten, opplevelse av å ha skyld i pasientens negative opplevelse, opplevelse av pasienten som tapt eller tildekket, opplevelse av sinne i omsorgssituasjonen og opplevelsen av trange rammer. På den ene siden kjempet sykepleierne for å gjøre det beste for pasienten mens på den andre siden kunne de oppleve selve tvangssituasjonen som en kamp mot pasienten. Studien konkluderte med at sykepleierens holdning og evne til å nå og forstå pasienten i hverdagen påvirker bruken av tvang. I studien til Hem et al. (2010), ser man at pleierne har en utfordrende hverdag når det kommer til å utføre daglig stell og pleie i demensomsorgen, sett i forhold til hvor grensen mellom frivillighet og tvang går for den enkelte pleier. Spesielt når det kan se ut som personer har ulik oppfatning av hva som er tvang. Uttrykkene som ble brukt er «litt tvang», «den lille tvangen», «ikke så mye tvang». Det kan se ut som pleierne opplever at de balanserer hårfint i situasjoner der de tenker at «litt» press eller «litt» tvang er legitimt for å få med seg pasientene i det som vurderes som nødvendig stell, men at dette fort kan gå i retning av for mye tvang eller at man ikke får stelt pasienten. Et uttrykk om å «lirke det til» ble ofte brukt. Det samme uttrykket, det å lirke det til ble også brukt regelmessig i intervjuene i studien til Gjerberg et al. (2013).

3.2.3 Tilnærming

I Gjerberg et al. (2013), viste resultatene at personalet brukte mye tid på å utforske en rekke alternative tilnærminger for å forhindre bruken av tvang, der bruk av tvang var siste utvei. De fleste av personalet så ut til å ha sitt eget «repertoar» av strategier, som de forsøkte å iverksette når pasientene gjorde motstand mot det personalet ønsket at de skulle gjøre. Det ble brukt avledning og overtalings strategier der personalet prøvde lokke eller overbevise ved å bruke et bevisst valg av språk. Det ble brukt tre fleksibilitet strategier, utsette intervensjonen å prøve igjen senere, bytte av personell eller en-til-en-omsorg.

3.2.4 Relasjoner

I studien til Hem et al. (2010), sier at pleierne i liten grad snakket eksplisitt om å etablere relasjon og kontakt, kun noen få brukte uttrykk som «tillit». Beskrivelsen var mer preget av at pleierne hadde oppgaver de skulle utføre ovenfor pasientene. Pleierne hadde en nærmest konstant oppmerksomhet på hvordan de skulle få gjennomført det de mente var nødvendig. Studien viser at etablering av tillitsfulle relasjoner til pasientene er en måte å redusere tvang og øke frivillighet og samarbeid på. Å etablere en relasjon kan bety at pleierne noen ganger må prioritere å være sammen med pasientene istedenfor å gjennomføre praktiske pleieoppgaver. I studien til Leyman et al. (2013), brukte sykepleierne tid sammen med pasientene som f.eks. med aktiviteter som å spasere, ta en kopp kaffe eller sitte sammen å se på pasientens fotoalbum. Dette var for å redusere uro med tanke på å være låst inne. Viktigheten av å være kjent med pasientens historie ble understreket i alle intervjuene i studien til Gjerberg et al. (2013). Dette gjorde det lettere å kjenne og forstå pasientens preferanser angående mat, hygiene og så videre. Dessuten, å ha personlig kjennskap til familien deres gjorde det lettere å snakke om historien deres. De fleste ansatte understreket viktigheten av å forstå om det var noe i pasientens historie som kunne forklare deres motstand og sikkert hvordan deres oppførsel kunne forstås i lys av deres medisinske tilstand. Å forstå pasientens situasjon kan lette etableringen av et godt forhold og dermed føre til mindre angst i omsorgssituasjoner. Selv om det ble uttrykt i ulike termer, ble det dermed vektlagt å skape en tillitsfull relasjon i alle fokusgrupper, som en forutsetning for å forhindre

bruk av tvang.

3.2.5 Organisasjon og ledelse

Alle intervjuene i studien til Gjerberg et al (2013), sier at personalet mer eller mindre gav uttrykk for at visse forutsetninger må være til stede for å lykkes med å gjennomføre alternative strategier. Forholdene beskrevet for å forebygge tvang består i å kjenne pasienten og ha tilstrekkelige ressurser på organisasjonsnivå, herunder å ha pleiepersonell med relevante kvalifikasjoner. Begrepene «tilstrekkelig tid» og «tilstrekkelig antall ansatte på jobb» ble gjentatte ganger nevnt som forutsetninger for å unngå bruk av tvang. Begrepene er sterkt sammenkoblet og ble brukt om hverandre av personalet. For eksempel betyr det å ha et tilstrekkelig antall ansatte på jobb at de får mer tid til å utføre oppgavene ordentlig, sammenlignet med en situasjon der en eller flere ansatte er borte fra jobben av ulike årsaker. Mange sykepleiere i studien til Garden og Hauge (2012), opplevde at avdelingens rammer fikk betydning for tvangsbruk i hverdagen i form av opplevd arbeidspress og kompetansemangel. De hadde ansvar for mange pasienter på samme tid og det kollektive pasientansvaret ga dem en opplevelse av tidsmangel i hverdagen som kunne påvirke atmosfæren i situasjonen, og evnen til å gi individuell omsorg. En del fortalte også om situasjoner der tilgjengelig kunnskap blant avdelingspersonalet hadde betydning for tvangsbruk da det gjør det lettere å finne alternative strategier om det er bred kunnskap i avdelingen. I forhold til bruk av VIPS praksismodell i det primære helsevesenet i Mjørud og Røsvik (2022) sin studie konkluderte de med at regelmessig bruk av VIPS praksismodellen så ut til å endre arbeidskulturen til fordel for både tjenestebrukere og frontlinjepersonell. Økt samarbeid mellom ansatte i frontlinjen, sykepleiere, leger og pårørende ble beskrevet. Personalet var mer fokusert på behovene til tjenestebrukere, noe som resulterte i omsorgstiltak tilpasset behovene til den enkelte med demens, lojalitet til omsorgsplaner og færre klager fra pårørende. Resultatet i studien til Lejman et al. (2013) viser også at lav bemanning førte til økt bruk av tvang, som blant annet belter, sengehest og medikamenter. Det understrekes at tilstrekkelig antall fysisk tilgjengelig personale må være til stede for å tilpasse sykepleie til beboernes preferanser og unngå tvangsbehandling.

3.2.6 Personsentrert omsorg

Jacobsen et al. (2017), baserte sin studie på å se hvilke faktorer som hindrer eller tilrettelegger for personalets bevisstgjøring knyttet til tillitsskapende tiltak basert på personsentrert omsorg, som et alternativ til tvang hos pasienter med demens på sykehjem. Studien ble utført ved et 2 dagers-seminar om personsentrert omsorg, og en månedlig samling i 6 måneder. Ledelse, i samspill med personalkultur, viste seg å være den viktigste faktoren som hindrer eller fremmer personalets bevissthet knyttet til tillitsskapende tiltak, basert på personsentrert omsorg. Mens kvantitative data indikerte variasjoner på tvers av institusjoner og omfanget av denne variasjonen, ga kvalitative data innsikt i de lokale prosessene som var involvert. Respondenter som evaluerte deres ledere som åpen og inkluderende var mer tilbøyelig for å tenke at deres institusjon er engasjert i personsentrert omsorg. Som nevnt tidligere er VIPS praksismodellen bygget på Kitwoods teori om personsentrert omsorg. Mjørud og Røsvik (2022) sin studie som baserte seg på erfaringer med bruk av VIPS praksismodellen i det primære helsevesenet, kom frem til to globale kategorier i sine resultater: 1: Endring i personalets faglige resonnement med to underkategorier: (a) en forbedret faglig nivå i diskusjoner og (b) endring i fokus fra oppgave til person; og kategori 2: Endringer i det kliniske arbeidet, med tre underkategorier: (a) effektive intervensjoner, (b) a personsentrert arbeidsmiljø og (c) endringer i samarbeid mellom interessenter. Lejman et al. (2013) sin studie bruker ikke direkte ord som personsentrert omsorg, der hovedmålet med denne studien er å beskrive hvordan sykepleierne i sykehjem sørger for god og trygg sykepleie og opprettholdelse av beboerens integritet, som kanskje går mer under det etiske aspektet i bruk av tvang i demensomsorgen. Mange av strategiene til sykepleierne i studien til Leyman et al. (2013), var å forhindre tvang med bruk av forebyggende tiltak, som å skaffe informasjon om beboernes livshistorie, behov og preferanser. Dette var en vesentlig forutsetning for å tilpasse hensiktsmessige strategier i demenssykepleien.

4. Diskusjon

I dette kapitlet blir resultatene drøftet opp mot valgt litteratur, forskning, sykepleierteori og annen relevant teori. Avsnittene er bygget på innholdet i resultatdelen og forsøkt å legge frem det som er mest relevant for problemstillingen.

4.1 Demensutvikling

Det er ingen tvil om at i takt med befolkningsvekst og økt levealder at det er store utfordringer både nasjonalt og internasjonalt i forhold til demensomsorg. Bare i Norge vil antallet med demensdiagnose frem mot 2050 mer enn dobles til et estimert antall på 238 000 sammenlignet med dagens antall på 101 000 (Aldring og helse, u.å). Dette er en sårbar pasientgruppe med mange ulike og individuelle behov, der sykepleiere i møte med denne pasientgruppen trenger mye kunnskap og kompetanse. Siden over 90% av pasienter med demens vil utvikle APSD i løpet av sykdomsforløpet, og det er disse pasientene som gjerne kan oppleves som de mest utfordrende pasientene i demensomsorgen (Helsedirektoratet, 2022), vil det derfor være viktig med god kunnskap om både demenssykdom, utvikling og forståelse av atferdssymptomene med sykdommen. Det er interessant å se hvor forskjellig man ser på en person med demenssykdom. I studien til Garden og Hauge (2012, s. 20), beskriver sykepleierne sine tolkninger av demenspasienter. Noen sykepleiere så pasienten sin kognitive svikt som noe som innebar at den opprinnelige personen er gått tapt, mens andre sykepleiere mente personen fortsatt er til stede, men at demenssykdommen medførte en tildekking av personen og dermed at sykepleie besto av å opprettholde psykisk velvære. Personlig føler jeg at å se på en person med demens som tapt er et dårlig utgangspunkt i forhold til det å utøve god sykepleie, da du risikerer å ikke etablere en menneskelig relasjon med personen. Da er man mer tilbake i tiden da personer med demens ble sett på som personer med manglende innsikt, og som knapt var mer enn fysiske kroppar som krevde kun det grunnleggende av omsorg (Brooker, 2019, s. 7). Vi tenker heldigvis annerledes nå i dagens samfunn, og som vises i demensplanen 2020 der vi har som mål å skape et mer demensvennlig samfunn i Norge. Vi ønsker mer kunnskap og åpenhet om demens, og det må legges til rette for at personer med demens kan selv være

med å ta avgjørelser som angår dem (Helse og omsorgsdepartementet, 2015).

4.2 Bruk av tvang i demensomsorgen i sykehjem

Om man ser på studien til Garden og Hauge (2012, s. 18), der de viser til at 45 % av pasienter på avdelinger for personer med demens utsettes for tvangstiltak i løpet av en uke og en tredjedel utsettes for mer enn en type tvang, så blir det med en gang tydelig at bruk av tvang er utbredt blant sykehjem i Norge, og som også understrekes av Eide og Eide (2019, s.97), har vært omfattende over tid. I fem av studiene som er valgt, skrives det om problematikken i forhold til bruk av tvang i sykehjem (Gjerberg et al., 2013, Garden & Hauge, 2012, Hem et al., 2012, Jacobsen et al., 2017, Leyman et al., 2013). Dette var også formålet når lovverket i pasient og brukerrettighetsloven ble endret i 2009, da bruk av tvang ble innlemmet i loven. Man skal på ene siden yte nødvendig helsehjelp for å hindre helseskade, mens på den andre siden også forebygge og begrense tvangsbruken (Eide & Eide, 2019, s. 97). Dette kan bety at balansen mellom bruk av tvang og det å yte forsvarlig og nødvendig helsehjelp, kan ha gitt plass til individuelle tolkninger. Derfor kan det ha blitt et behov for å spesifisere tvangsbruk i lovverket, som nå sier at før det benyttes tvang, må tillitsskapende tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4A-3). Som Engedal et al. (2001) skriver åtte år før den nye lovgivningen ble tatt i bruk, helsepersonell må i enkelte situasjoner utøve tvang for å kunne gi en person med demens et verdig liv og nødvendig omsorg og at personer med demens kan utsette seg selv eller andre for skade, gå til grunne eller lide overlast dersom de motsetter seg nødvendig hjelp fra andre. Dette kan ha bety at tidligere, før det nye lovverket, var det lavere terskel for bruk av tvang, og at det kan virke som om det ble tatt for lite hensyn til individuelle pleie og omsorgsbehov. At tvangsbruk på sykehjem i demensomsorg er komplisert, og at opplevelsen av tvangsbruk balanserer hårfint mellom frivillighet og tvang underbygges også i studien til Hem et al. (2010). Som nevnt i avsnittet under tvang om at det ses ulikt på personer med demens, gjelder det også bruk av tvang. Hvordan vi definerer tvang er for mange ulikt, og oppleves også ulikt. Garden og Hauge (2012), tar for seg sykepleierens opplevelse av tvang mens Hem et al. (2010), ser mer på pleiere sine opplevelser med bruk av tvang i pleiesituasjoner. I studien til Hem et al. (2010, s. 299), beskrives det om pleierne sin hårfine balanse mellom frivillighet og tvang i ADL situasjoner hvor pleierne i studien benytter lirke-

og lure-metoder for å få gjennomført nødvendig pleie og omsorg . I denne studien er det ikke informert om annet enn at det er et tverrfaglig utvalg av pleiepersonell så det blir da litt uklart hvilken kunnskap og kompetanse den enkelte pleier i studien innehar, men det gir oss uansett et innblikk i en pleiers møte med tvang. En klar sammenheng i problematikk i det å utføre personlig stell kommer frem i både Hem et al. (2010), og i Garden og Hauge (2012) sine studier der sykepleierne først forsøkte å oppnå frivillig deltagelse fra pasientens side ved å informere om hensikten med oppgaven og tilrettelegge for individuelle tiltak i situasjonen, men ofte følte de ikke klarte å nå eller forstå pasienten (Garden & Hauge, 2012, s. 19). Pleierne i studien til Hem et al. (2010, s. 297), brukte ofte begreper som «litt tvang», «den lille tvangen», «ikke så mye tvang» for å få gjennomført sine oppgaver. Man ser også at her beskrives det i studien at det var mer fokus på å få gjennomført sine oppgaver enn å benytte seg av relasjon eller tillitsbygging, så det kan tyde på lavere kompetanse blant pleierne eller for øvrig at institusjonen har lite ressurser eller høyt arbeidspress.

4.3 Det etiske perspektivet

Det skal nærmest ikke være mulig å ikke møte på etiske dilemmaer i møte med personer med demens. Ved at en person fratras muligheten til å foreta sine egne selvstendige valg, betyr det å krenke han eller hun som menneske (Skovdahl, 2020, s. 427). Vi må bruke etikken som et verktøy og må være noe som vi bruker aktivt i møte med personer med demens, eller at vi rett og slett bruker et etisk blikk når vi utøver pleie og omsorg. Etikken skal bidra til å ivareta relasjonen og hindre at vi krenker pasienten. Etikken kan bidra til å skape tillit. Ved å ha søkelys på etiske verdier som respekt, rettferdighet og medbestemmelse vil vi skape tillit (Heggstad, 2022). Dette gjengis også i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleie der sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og setter seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten (Norsk sykepleieforbund, u.å.). Vi skal kunne lovverket og gjeldende retningslinjer, men å bruke denne kunnskapen i praksis kan være mer utfordrende i møte med personer med demenssykdom. Leyman et al. (2013, s. 258) sin studie ser på sykepleiere og deres møte med etiske dilemmaer, og deres alternative strategier for å unngå tvang. Dette er et godt eksempel på etiske dilemmaer i demensomsorgen når lovverket som skal sikre trygg og god sykepleie kommer i konflikt med våre rettigheter og frihet som menneske.

Videre kommer det frem at sykepleierne baserte mange av sine beslutninger gjennom etisk refleksjon. Dette samsvarer også med hva Strøm og Engedal (2021) sier at det ikke alltid handler om hva som er rett eller galt, men at man skal vurdere de etiske aspektene når man iverksetter en intervensjon, samtidig som man tar hensyn til personens individuelle behov. Respekt for autonomi og rett til selvbestemmelse er en viktig del av vår tids norske helsevesen.

4.4 Personsentrert omsorg

Vi snakker om ulike definisjoner og oppfatninger av personer med demens og tvang, men når det kommer til begrepet personsentrert omsorg er det enda et element som ses og oppleves ulikt i forskjellige sammenhenger og i ulike deler av helsetjenesten (Rokstad, 2021, s. 30). Personlig finner jeg Tom Kitwoods definisjon av «personhood», altså personskap som fortsatt relevant og beskrivende selv om det ble skrevet for mange tiår siden. Kitwood blir ofte omtalt som grunnleggeren av personsentrert omsorg, der han i sin tid skrev at personskap er en status eller status som best tildeles et menneske, av andre, i sammenheng med relasjoner og sosialt vesen, som innebærer anerkjennelse, respekt og tillit (Brooker, 2019, s. 7). Det var basert på Kitwoods teori at Broker og Latham i 2016 utviklet VIPS rammeverket for å prøve å gi en begreps definering av personsentrert omsorg (Rokstad, 2021, s. 36), og senere ble VIPS praksismodellen (VPM) utviklet for å kunne bruke rammeverket direkte inn i planleggingen av behandling av personer med demens til direkte bruk i situasjonsbasert praksis (Rokstad, 2021, s. 115). Garden og Hauge (2012, s. 21) sier at personsentrert omsorg anerkjenner pasientperspektivet som sentralt for selve omsorgsutøvelsen, og tar utgangspunkt i pasientens egen opplevelse av livsverden som betyr at man fokuserer direkte hvordan pasienten opplever situasjonen og ikke hvordan sykepleieren opplever det. Dette samsvarer også godt med det Kitwood sier om personskap og det at man tilegner en person en status som menneske, uavhengig av sykdom.

Ikke alle valgte studier i oppgaven omtaler personsentrert omsorg med ord, men vi finner elementer som beskriver personsentrert tilnærming. Leyman et al. (2013, s. 256) sier beboernes preferanser og behov var hovedkilden til informasjon før bruk av tvangstiltak og det å ha fokus på forebyggende tiltak, som å innhente informasjon om beboers livshistorie,

behov og ønsker. Dette var helt essensielt for å finne rett strategi til god pleie og omsorg. Dette underbygges i studien til Gjerberg et al. (2013), der alle intervjuer understreket hvor viktig det er å være kjent med pasientens historie, da dette kan være med på å forklare hvorfor pasienten gjorde motstand i akkurat den situasjonen og kanskje gi et svar eller en pekepinn på pasientens oppførsel. Det er akkurat det å kunne forstå pasienten, som igjen kan gjøre det lettere å etablere en relasjon og kan da være med på å redusere bruk av tvang, noe også sykepleierne beskriver i studien til Garden og Hauge (2012, s. 19), der de ikke alltid følte at de nådde frem eller forsto pasientene. Kunnskap og forståelse om årsaken til aggresjonen i dagliglivet har direkte konsekvenser for hvordan tiltak blir valgt, da det er viktig at sykepleierne ikke ser på motstanden som en konsekvens av sykdommen, men heller som en respons på å bli fratatt kontroll og selvbestemmelse (Garden & Hauge, 2012, s. 21). Men det kan være viktig å være bevisst på at pasientens motstand kan også være knyttet til måten pleien gjøres på fremfor motstand mot selve handlingen (Hem et al., 2010, s. 299).

Tilnærings strategier og relasjonsbygging

Personsentrert omsorg er mer som en filosofi fremfor en metode som direkte kan implementeres inn i den daglige omsorgen i sykehjem (Mjørud & Røsvik, 2022, s. 579), og det kan være fornuftig å ta med seg den «filosofien» inn i sykepleien. Som nevnt tidligere forteller lovverket oss at for å kunne benytte tvang må tillitskapende tiltak være forsøkt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4A-3). For å kunne oppnå dette må vi ha kjennskap til pasientens historie og kunnskap om pasientens individuelle behov. Kunnskap om alternative strategier og tilnæringsmetoder er en viktig del av demensomsorgen og flere av valgte studier i oppgaven ser på akkurat dette (Gjerberg et al., 2013, Mjørud & Røsvik, 2022, Jacobsen et al., 2017, Leyman et al., 2013). Man ser en enighet i flere av studiene at det å kjenne pasientens historie, etablere tillitsfulle relasjoner og bruke tid med pasienten kan være med å forebygge tvang (Hem et al., 2010, Leyman et al., 2013, Gjerberg et al., 2013).

Personsentrert omsorg i praksis

I forhold til studien til Mjørud og Røsvik (2022, s. 585), med utgangspunkt i sykehjem som aktivt brukte VIPS praksismodell ser vi at personalet måtte lære seg å tenke helt annerledes i forhold til personsentrert omsorg og at det endret personalets forpliktelse til å gjennomføre

intervensjoner og deretter å evaluere effekten av den og på den måten endre fokus fra det å se på kun en oppgave, til å se selve personen. Som nevnt tidligere beskrev pleierne i Hem et al. (2010, s. 297), at det var ofte oppgaven som sto i fokus fremfor personen. Det viser seg at økt diskusjon og refleksjon sammen med andre ansatte og lederne hadde stor påvirkning i forhold til hvordan den ansatte gikk frem (Mjørud og Røsvik (2022, s. 586), som også underbygges i Jacobsen et al. (2017, s. 7), som understreker involvering av ledelsen i undervisning i personsentrert omsorg som den mest viktige faktoren for implementering, da dette påvirket i stor grad beslutningsevnen. Dette kan bety at en del av å integrere en personsentrert omsorg i praksis innebærer en kollektiv innsats både av de ansatte og ledelse, i tett samspill med pasient og pårørende.

4.5 Organisasjon og ledelse

Flere av studiene snakker om tilstrekkelige ressurser, kunnskap og tilgjengelig personale som forutsetninger for å lykkes med personsentrert omsorg eller for å unngå bruk av tvang, mens tidspress og trange rammer som forutsetning for ikke å lykkes (Gjerberg et al., 2013, Garden og haug, 2012, Mjørud og Røsvik, 2022, Leyman et al., 2013, Jacobsen et al., 2017). Ved å ta utgangspunkt i forutsetningene for å lykkes med både gjennomføring av personsentrert omsorg og samtidig redusere bruk av tvang kan det se ut som at det er størst sjans for å lykkes dersom personsentrert omsorg innføres på organisasjons nivå. Siden Mjørud og Røsvik (2022) sin studie tar for seg sykehjem som har minst brukt VIPS praksismodell i 12 måneder, som igjen krever en gjennomføring på organisasjons nivå viser dette at det har skjedd en endring i arbeidskultur og i tillegg et økt tverrfaglig samarbeid innad i institusjonen. Dette underbygges videre i studien til Jacobsen et al. (2017), der det beskrives en økt oppmerksomhet av ansatte til å finne alternative strategier for å unngå tvang og at tilrettelegging fra ledelsen enten direkte eller indirekte økte sjansen for en mer personsentrert og tvangfri omsorg. Ved hjelp av tverrfaglig samarbeid, refleksjon av egen praksis og undervisning og diskusjoner innad i organisasjonen vil det være mulig å øke kunnskap om personsentrert omsorg og om alternative tillitsbyggende strategier. Rokstad (2021), viser til en etnografisk studie som så på teorigrunnlag og opplæringen av personsentrert omsorg i demensomsorgen og der ser vi også at den teoretiske kunnskapen og sentrale begreper innen personsentrert omsorg var sparsom og ulikt fordelt, men det er

interessant og se at sykepleiere og ledere i studien hadde en bedre forståelse av begrepet som igjen underbygger viktigheten av det tverrfaglige samarbeidet på organisasjonsnivå og ikke minst at det må tilrettelegges for veiledning og undervisning av personalet.

5. Konklusjon

«Hvordan kan personsentrert omsorg være med å redusere og forebygge bruk av tvang i demensomsorg i sykehjem»

Jeg tror samtlige helsepersonell som har litt erfaring innen demensomsorg vil nok mene at personsentrert omsorg har en positiv effekt både med å forebygge og redusere bruk av tvang innenfor denne pasientgruppen. Men som vi har gått igjennom i denne oppgaven ser vi at det finnes ulike opplevelser og definisjoner av både tvang, demens og personsentrert omsorg, som til sammen gjør det hele veldig komplisert og utfordrende å forholde seg til. Da er det ikke nok å bare si at ved personsentrert omsorg, kan man redusere og forebygge bruk av tvang. Man sier at et eple ikke faller langt fra stammen, og derfor må man helt på organisasjonsnivå for å sørge for en personsentrert omsorg og tilnærming. Oppgaven viser klart og tydelig at både en organisasjon og innad i ledelsen må tilrettelegge for personsentrert omsorg i alle ledd, og i tett samarbeid med personalet. Etske refleksjoner og diskusjoner om egen praksis vil føre til økt kunnskap og en mer personsentrert kultur, og ved å dele erfaringer og opplevelser innad i organisasjonen vil det samtidig gi økt kompetanse i tillitsskapende arbeid. Dersom ledelsen ikke tilrettelegger for personsentrert omsorg, er det grunn til å tro at dette forplanter seg videre i institusjonen. Med gode rammeverk som f.eks. VIPS praksis modellen, en organisasjon og ledelse som tilrettelegger og underviser i personsentrert omsorg og med personale med kompetanse og kunnskap i hvordan yte personsentrert omsorg vil det være mulig å forebygge tvang, som igjen vil redusere bruken av tvang i demensomsorgen i sykehjem.

6. Litteraturliste

Aldring og helse. (u.å). *Fakta om demens*. <https://www.aldringoghelse.no/demens/fakta-om-demens/> (Hentet 24. oktober 2022)

Brooker, D. (Red.). (2019). *Dementia reconsidered, revisited: The person still comes first*. (2. utg.). Open international publishing Ltd.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal

Eide, H. & Eide, T. (2019). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk*. Gyldendal.

Engedal, K., Kirkevold, Ø., Eek, A., Nygård, A, -M. (2001). *Skal, skal ikke...: Rettighetsbegrensinger og bruk av tvangstiltak i behandling og omsorg av personer med demens*. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

Garden, M. H., & Hauge, S. (2012). *Kampen for pasientens beste - sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens*. *Vård i Norden*, 32(4), 18-22.
<http://dx.doi.org/10.1177/010740831203200405>

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>

Heggestad, A. K. T. (2022). *Gode relasjoner kan forhindre tvang i demensomsorgen*. *Sykepleien* 2022;110(89957):e-89957. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2022.89957>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og>

Hem, M. H., Gjerberg, E., Pedersen, R., & Førde, R. (2010). *Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang*. *Sykepleien Forskning*, 5(4), 294-303.
<http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0007>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2020*.

https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf (Hentet 20 november, 2022)

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*. *BMC Nursing*, 16, 1–11.

<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1186/s12912-017-0244-0>

Kirkevold, M. (2020). Personsentrert og individuelt tilpasset sykepleie: Sentrale verdier. I A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 98-114). Gyldendal.

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.galanga.hvl.no/10.1177/0969733012463721>

Mjørud, M., & Røsvik, J. (2022). *You can tell it works – Experiences from using the VIPS practice model in primary healthcare*. *Dementia* (14713012), 21(2), 579–594. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/147130122111053979>

Norsk sykepleierforbund. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet 1 november, 2022)

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_10

Rokstad, A, -M, M. (2021). *Se hvem jeg er!: Personsentrert omsorg ved demens* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Skovdahl, K. (2020). Kognitiv svikt og demens. I A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 416-441). Gyldendal.

Solheim, K, V. (2015). *Demensguiden: Holdninger og handlinger i demensomsorgen* (3.utg.). Universitetsforlaget.

Statsforvalteren (u.å.-e). *Tvang*. Tilgjengelig fra:

<https://www.statsforvalteren.no/portal/helse-omsorg-og-sosialtjenester/tvang/> (Hentet: 08. oktober 2022).

Strøm, B. S., & Engedal, K. (2021). Ethical aspects in dementia care - The use of psychosocial interventions. *Nursing Ethics*, 28(3), 435–443. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/0969733020952121>

Thidemann, I, J. (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (2. utg.). Universitetsforlaget.

7. Vedlegg

P	I	CO
Patient	Intervention	Outcome
Dementia	Person centred care	Intervention views
Restraint	Person centred approach	Nurse view
Coercion	Restraint free care	Caregivers view
Nursing home		
Sykehjem		
Ethics		

Vedlegg 1 – PICO skjema

Database	Søkeord	Resultat	Artikler Vurdert	Artikler brukt	Avgrensing
Cinahl	dementia patients OR people with dementia AND person centred care AND nursing home	82	0	0	2010 – 2022
Cinahl	Restraints AND nursing homes	12	- A mixed method study	- A mixed method	2010-2022

	AND Norway		of an education intervention to reduce use of restraint and implement person-centered dementia care in nursing homes.	study of an education intervention to reduce use of restraint and implement person-centered dementia care in nursing homes.	
Cinahl	Coercion AND nursing home	13	- How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study	- How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study	2010-2022
Cinahl	Person centered care AND nurse AND nursing home AND dementia	52	- A mixed method study of an education intervention to reduce use of restraint and implement person-centered	- A mixed method study of an education intervention to reduce use of restraint and implement person-centered	2010-2022

			<p>dementia care in nursing homes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - A model for using the VIPS framework for person-centred care for persons with dementia in nursing homes: a qualitative evaluative study. - You can tell it works – Experiences from using the VIPS practice model in primary healthcare 	<p>dementia care in nursing homes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - You can tell it works – Experiences from using the VIPS practice model in primary healthcare 	
Cinahl	Person centered care AND Kitwood AND dementia	14	<ul style="list-style-type: none"> - Ethical aspects in dementia care. The use of psychosocial 	0	2010-2022

			interventions		
Cinahl	Coercion AND dementia AND nurs OR nursing OR nurses	9	- The ethics of coercive treatment of people with dementia	- The ethics of coercive treatment of people with dementia	2010-2022
SveMed+	Demens AND tvang AND sykehjem	1	0	0	Peer reviewed tidsskrifter
SveMed+	Demens AND tvang	10	Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang.	Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang.	Peer reviewed tidsskrifter

Vedlegg 2- søkeprosessen