



# Høgskulen på Vestlandet

## SYKH390 Bacheloroppgave

SYKH390-O-2024-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	26-04-2024 09:00 CEST	<b>Termin:</b>	2024 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	10-05-2024 14:00 CEST	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 SYKH390 1 O 2024 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	165
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7105
----------------------	------

**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

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	47
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	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 uformell tvang i demensomsorgen

Use of informal coercion in dementia care

Kandidatnummer: 165

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 10/05-24

Antall ord: 7105

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Valget av temaet for oppgaven ligger i min bakgrunn innen demensomsorgen samt erfaringer fra både jobb og praksis. I og med at forventet levealder er økende, og forekomsten av demenssykdom øker ved høy alder vil de fleste sykepleiere aktive i helsevesenet møte på pasienter med demens i løpet av sitt yrkesaktive liv.

**Problemstilling:** «På hvilken måte og hvorfor blir uformell tvang brukt i sykepleien til demenspasienter?»

**Hensikt:** Hensikten er å finne ut på hvilken måte og hvorfor helsepersonell utfører uformell tvang i demensomsorgen. Oppgaven tar utgangspunkt i sykepleiers perspektiv.

**Metode:** Metoden anvendt i oppgaven er en litteraturstudie, med fire inkluderte kvalitative forskningsartikler som belyser problemstillingen. Ulike sykepleierfaglige databaser CINAHL og MEDLINE ble anvendt for å finne forskningsartikler.

**Resultat:** Helsepersonell bruker uformell tvang med formål om å forebygge lidelse og ivareta personen integritet.

**Konklusjon:** Helsepersonell utfører uformell tvang på fem forskjellige måter; avledning av personens oppmerksomhet, hvite løgner, overtalelse, mellommenneskelig press og i ytterst få tilfeller, trusler. Ulike faktorer som manglende kunnskap om tvang, dårlig bemanning, dårlig kultur og samtykkekompetanse spiller inn i hvorfor tvangen blir utført.

**Nøkkelord:** *uformell tvang, sykehjem, helsepersonell, demens*

## Abstract

**Background:** The choice of the topic for the thesis is based on my background in dementia care as well as experiences from both work and practice. As life expectancy is increasing, and the incidence of dementia increases with old age, most nurses active in the healthcare system will encounter patients with dementia during their working lives.

**Research question:** «In what way and why is informal coercion used in the care of dementia patients?»

**Purpose:** The purpose is to find out in what way and why healthcare personnel carry out informal coercion in dementia care. The assignment is based on a nurse's perspective.

**Method:** The method used in the thesis is a literature study, with four included qualitative research articles that shed light on the issue. Various databases such as CINAHL and MEDLINE were used to find research articles.

**Results:** Healthcare personnel use informal coercion with the aim of preventing suffering and safeguarding the person's integrity.

**Conclusion:** Healthcare professionals perform informal coercion in five different ways; diversion of the person's attention, white lies, persuasion, interpersonal pressure and in very few cases, threats. Various factors such as lack of knowledge about coercion, poor staffing, poor culture and consent competence play a role in why coercion is carried out.

**Key words:** *informal coercion, nursing home, healthcare personnel, dementia*

## Innholdsfortegnelse

<b>1 Innledning</b> .....	<b>6</b>
1.1 <i>Bakgrunn for valg av tema</i> .....	6
1.1.2 <i>Demens</i> .....	6
1.1.3 <i>Tvang</i> .....	7
1.1.4 <i>Sykepleieperspektivet</i> .....	8
1.2 <i>Teoretisk perspektiv</i> .....	9
1.3 <i>Problemstilling og formål</i> .....	10
<b>2 Metode</b> .....	<b>11</b>
2.1 <i>Litteraturstudie som metode</i> .....	11
2.2 <i>Søkestrategi og søkeprosess</i> .....	12
2.3 <i>Metodekritikk</i> .....	14
2.4 <i>Kildekritikk</i> .....	14
2.5 <i>Forskningsetiske hensyn</i> .....	16
<b>3 Analyse</b> .....	<b>17</b>
3.1 <i>Analysearbeidet</i> .....	17
<b>4 Resultater</b> .....	<b>19</b>
4.1 <i>Hovedfunn</i> .....	19
4.2 <i>Funn relatert til problemstillingen</i> .....	20
4.2.1 <i>Uformell tvang</i> .....	20
4.2.2 <i>Manglende kunnskap om tvang</i> .....	21
4.2.3 <i>Gyldig samtykke</i> .....	21
4.2.4 <i>Organisatoriske faktorer</i> .....	22
4.2.5 <i>Kultur blant kollegiet</i> .....	22
<b>5 Diskusjon</b> .....	<b>23</b>
5.1 <i>Er forebygging nødvendig helsehjelp?</i> .....	23
5.2 <i>Ivaretagelse av integritet</i> .....	24
5.3 <i>Gyldig samtykkekompetanse</i> .....	25
5.4 <i>Organisatoriske faktorer</i> .....	26
5.5 <i>Dårlig kultur blant kollegiet</i> .....	27
<b>6 Avslutning</b> .....	<b>29</b>
6.1 <i>Avslutning</i> .....	29
6.2 <i>Implikasjoner for praksis</i> .....	29
<b>7 Referanser</b> .....	<b>31</b>
<b>8 Vedlegg</b> .....	<b>34</b>
<i>Vedlegg 1: Oversikt over søk</i> .....	34
<i>Vedlegg 2: Sjekkliste helsebiblioteket</i> .....	36

Tabelloversikt:

Tabell 1: Oversikt over søk

Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Tabell 3: Analysearbeid

Tabell 4: Oversikt over inkluderte artikler

## 1 Innledning

Omtrent 101 000 mennesker i Norge lever med demens, og det forventes en dobling av disse innen 2050 (Folkehelseinstituttet, 2021). Personer med demens er ofte preget av reduserte kommunikasjonssevner (Heyn, 2022, s. 178), redusert hukommelse og læringsevne, svekket oppmerksomhet, vansker med å orientere seg, handlingssvikt og manglende evne til å forstå sanseintrykk (Skovdahl, 2020, s. 423). I overkant av 80% av de som bor på langtids plass på sykehjem har en demensdiagnose (Folkehelseinstituttet, 2021; Eide & Eide, 2017, s. 97). Demenspasienter er en sårbar gruppe (Rokstad, 2014, s. 12), og har ofte behov for at andre verner om deres integritet og autonomi (Eide & Eide, 2017, s. 332). Helsetilsynet avdekket i sin rapport i 2020-21 utstrakt bruk av tvang i strid med regelverket og viste at lovbestemmelsene ikke er godt nok kjent og innarbeidet i praksis (Helsetilsynet, 2023). Mange av de undersøkte kommunene hadde betydelige utfordringer i å sikre tilstrekkelig styring og kontroll med bruk av tvungen helsehjelp til pasienter i sykehjem (Helsetilsynet, 2023).

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Valget av temaet for oppgaven ligger i min bakgrunn innen demensomsorgen samt erfaringer fra både jobb og praksis. I og med at forventet levealder er økende, og forekomsten av demenssykdom øker ved høy alder (Folkehelseinstituttet, 2021; Skovdahl, 2020, s. 421), vil de fleste sykepleiere aktive i helsevesenet møte på pasienter med demens i løpet av sitt yrkesaktive liv. På grunn av dette vil temaet være viktige for oss som framtidige sykepleiere, og allerede yrkesaktive sykepleiere. I både jobb og praksis-sammenheng har jeg opplevd både nødvendig og unødvendig bruk av tvang på nært hold, og konsekvensene av dette for både pasient og personalet. Jeg har forståelse for at i visse tilfeller må tvang utøves, og at det er mye omsorg i tvang, samt mener jeg det er den absolutte siste utvei.

#### 1.1.2 Demens

Demens defineres som en fellesbetegnelse på en tilstand eller et syndrom som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer, og som er kjennetegnet ved en kronisk og irreversibel kognitiv svikt, sviktende evner til å utføre dagligdagse gjøremål på en tilfredsstillende måte (Engedal & Haugen, 2018, s. 18). Sykdommen er kronisk, kan ikke kureres og forverrer som regel seg over tid (Engedal & Haugen, 2018, s. 18). Sykdommen er



det som da kalles progredierende, som vil si at symptomene vil bli mer og mer tydelige (Helsedirektoratet, 2022). Personer med demens kan oppleve en rekke med atferdsmessige og psykologiske symptomer, ofte kalt APSD (Helsedirektoratet, 2022). Symptomene innebærer ofte aggresjon, agitasjon, uro, manglende hemning, irritabilitet og repetitiv atferd (Helsedirektoratet, 2022). En person med demens kan også oppleve psykiske forstyrrelser som psykotiske symptomer som innebærer hallusinasjoner, vrangforestillinger, depresjon, angst, eufori og apati (Helsedirektoratet, 2022). Demenssykdom kan også innebære endringer i grunnleggende behov, som appetitt og søvn (Helsedirektoratet, 2022). Forekomsten av disse symptomene kan bidra til utfordringer når helsepersonell skal gi nødvendig helsehjelp. En sentral del i omsorgen til personer med demens er å støtte og bevare personens egen mestring og opplevelse av å være en verdifull person tross alvorlig sykdom (Skovdahl, 2020, s. 426), samt oppleve at den personlige og sosiale integriteten er ivaretatt (Skovdahl, 2020, s. 417).

### 1.1.3 Tvang

Hovedregelen for å utøve helsehjelp tar utgangspunkt i et gyldig samtykke (Slettebø & Pedersen, 2020, s. 223). Derimot finnes det unntak som gir mulighet for bruken av tvang (Slettebø & Pedersen, 2020, s. 223). Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2§ 2-1a (1999) forteller at pasienten har rett på nødvendig helsehjelp fra kommunens helse- og omsorgstjenester. I samband med demenspasienter, særlig pasienter med alvorlig demens, kan det oppstå situasjoner hvor en ser seg nødt til å utføre tvang, for å sikre at pasienten mottar adekvat helsehjelp (Molven, 2019, s. 135). Dette avhenger om pasienten kan anses som samtykkekompetent eller ikke. Dersom ikke samtykkekompetente pasienter motsetter seg helsehjelp, skal det i forkant av tvangsbruk være forsøkt med tillitsskapende tiltak, for å forsøke å unngå bruken av tvang (Molven, 2019, s. 135). Om det ikke lykkes med dette, forteller Pasient- og brukerrettighetsloven §4A-3 (1999) at vilkårene for bruken av tvang treffes, og det kan først da bli fattet vedtak om bruken av tvang (Molven, 2019, s. 136). Helsehjelpen skal da være så nødvendig at ved unntak av den vil dette anses som helseskadelig for pasienten (Molven, 2019, s. 136).

I forskriftene om tvang skiller en mellom formell og uformell tvang (Det medisinske fakultet, 2017). Tvang blir her forklart som lovregulert hvor det er fattet et vedtak, samt uformell tvang

blir definert som tvang som ikke er formalisert som vedtak. Den kjennetegnes ofte av press, trusler og betingelser som kan gjøre at pasienter ikke opplever at de har reell selvbestemmelse eller frihet (Det medisinske fakultet, 2017).

#### 1.1.4 Sykepleieperspektivet

Sykepleierens rolle i arbeidslivet er utviklet over lang tid, fra først å gjelde pleie og omsorg, til nå hvor også å omfatte å delta i medisinsk behandling (Molven, 2019, s. 17). Sykepleiere har derfor måttet erverve nye kunnskaper og ferdigheter for å yte det som til enhver tid anses som adekvat helsehjelp (Molven, 2019, s. 17). Helsepersonelloven er sykepleierens profesjonslov, den sier om sykepleierrollen: «Sykepleieren har et selvstendig ansvar for sykepleiefunksjon i helsetjenesten. Sykepleiefunksjonen består av helsefremmende, forebyggende, behandlende, rehabiliterende og miljøterapeutiske sykepleietiltak overfor syke pasienter eller pasienter som har behov for pleie og omsorg» (Molven, 2019, s. 17). Oppgaven vil ta utgangspunkt i sykepleiers forebyggende funksjon.

Sykepleiers forebyggende funksjon handler om å redusere eller fjerne sykdomsfremkallende, skadelige og negative faktorer (Kristoffersen et al., 2021, s. 20). Forebyggingen deles inn i tre deler, 1) primærforebygging, som innebærer å hindre helsesvikt hos friske og utsatte personer og grupper. Tiltakene innebærer å forebygge for å opprettholde funksjoner, eksempelvis bruk av sengehest for å forhindre fall, som igjen kan føre til nedsatt funksjonsevne (Kristoffersen et al., 2021, s. 20). 2) Sekundærforebygging dreier seg om å identifisere helsesvikt eller økt risiko for helsesvikt på et tidlig stadium, for så å iverksette tiltak for å forebygge utviklingen og eventuell sykdom (Kristoffersen et al., 2021, s. 20). 3) Tertiærforebygging handler om å hindre at komplikasjoner oppstår ved sykdom, skade eller ved undersøkelser og behandling, og å hindre nye helseproblemer hos mennesker med kroniske sykdommer eller funksjonssvikt (Kristoffersen et al., 2021, s. 20). Demenssykdom innebærer en lang rekke med symptomer og plager, mange beskriver det å leve med demens som en stor påkjenning som medfører usikkerhet og angst (Rokstad, 2014, s. 11), noe sykepleiere kan hjelpe med å forebygge.

## 1.2 Teoretisk perspektiv

Opgavens sykepleieteoretiske perspektiv vil ta utgangspunkt i Joyce Travelbees teori om mellommenneskelig samspill. Hun definerer sykepleie som en mellommenneskelig prosess, hvor den profesjonelle sykepleieren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig, finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 2001, s. 29). Hun forklarer at sykepleieren er en endringsagent, hun kan ikke være noe annet dersom sykepleierens mål og hensikt skal realiseres. Dette vil si at den foreliggende tilstanden ikke aksepteres dersom den består av sykdom, lidelse, dårlig ernæring, dårlig hygiene, fattigdom eller en rekke andre problemer (Travelbee, 2001, s. 30). Teorien forklarer at sykepleierrollen må overskrides dersom en skal kunne forholde seg som menneske til menneske i stedet for som «sykepleier» og «pasient», og at der bare i et menneske-til-menneske-forhold kan etablere et genuint forhold til hverandre (Travelbee, 2001, s. 77).

Travelbee (2001, s. 54) definerer mennesket som et unikt og uerstattelig individ. De menneskene sykepleiere arbeider med omfatter syke og friske individer, pårørende, besøkende, medlemmer av andre yrkesgrupper i helsetjenesten og annet personale (Travelbee, 2001, s. 51). Begrepet «pasient» er sentralt i sykepleie, og brukes ofte om et individ som er under pleie og behandling (Travelbee, 2001, s. 61). Travelbee forklarer at «i virkeligheten finnes det ingen pasienter. Det fins bare enkeltmennesker som behøver omsorg, tjenester og hjelp fra andre mennesker, som kan gi dem den hjelpen de trenger» (Travelbee, 2001, s. 62). Om helsearbeidere ikke oppfatter og behandler mennesker som mennesker, ikke viser omsorgsevne, ikke kommuniserer til den syke at han betyr noe for dem som individ, da har de heller ingen rett til å reagere med forskrekkelse når mennesker motsetter seg nødvendig helsehjelp (Travelbee, 2001, s. 63). For å oppnå god omsorg til personer med demens må en kunne verdsette mennesket med demenssykdommen. Den enkelte med demens må respekteres og møtes som et fullverdig medlem av samfunnet gjennom hele sykdomsforløpet (Rokstad, 2014, s. 28).

Et kjennetegn av den profesjonelle sykepleieren, er evnen til å bruke seg selv terapeutisk. For å oppnå dette kreves det forskjellige trekk som selvinnsikt, selvforståelse, innsikt i hva som driver menneskelig adferd, evnen til å tolke egen og andres adferd og evnen til å handle

effektivt i sykepleiesituasjoner (Travelbee, 2001, s. 44-45). Å bruke seg selv terapeutisk betyr å bruke fornuft og intelligens. Sykepleieren kan ved bruk av seg selv bevisst skape en relasjon til den syke (Travelbee, 2001, s. 45). God pleie og omsorg baseres på en velfungerende relasjon mellom pleier og pasient. Relasjons-kompetanse handler blant annet om å kjenne seg selv, forstå den andres opplevelse og forstå hva som skjer i samspillet med den andre (Rokstad, 2014, s. 38). Å forstå hvordan en person med demens opplever en situasjon innebærer å lete etter mening bak vedkommende sin atferd og ytringer (Rokstad, 2014, s. 38).

### 1.3 Problemstilling og formål

Formålet med oppgaven er å finne ut på hvilken måte og hvorfor uformell tvang brukes mot demenspasienter. Problemstillingen «På hvilken måte og hvorfor blir uformell tvang brukt i sykepleien til demenspasienter?» ble dermed formulert.

## 2 Metode

Metode betyr å følge en bestemt vei mot et mål (Christoffersen et al., 2015, s. 18). Metode kan også forklares som den systematiske framgangsmåten en benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling (Thidemann, 2019, s. 76). Metoder som brukes i forskning dreier seg om hvordan en går fram for å få relevant og pålitelig informasjon om den virkeligheten en ønsker å undersøke, hvordan informasjonen kan analyseres og hva som er resultater og konsekvenser av slik forskning (Christoffersen et al., 2015, s. 18).

Sentralt i all forskning er å samle inn data, og det skilles vanligvis mellom kvalitative og kvantitative data, som henholdsvis samles inn via kvalitative og kvantitative metoder (Christoffersen et al., 2015, s. 18). Kvantitative metoder kjennetegnes ved at utgangspunktet for dataanalyser er basert på tall, og datainnsamlingen er lite fleksibel. Fordelen med dette er at det kan si noe om utbredelse, for eksempel hvor mange demenspasienter som opplever tvang (Christoffersen et al., 2015, s. 18).

Ved bruk av kvalitative metoder skal en ta utgangspunkt i dataanalyse basert på tekst, lyd eller bilder, og datainnsamlingen har i stor grad fleksibilitet (Christoffersen et al., 2015, s. 18). Dette tillater større grad av spontanitet og tilpasning i interaksjonen mellom forsker og deltaker (Christoffersen et al., 2015, s. 18). Hensikten med kvalitativ metode innen forskning er å få kunnskap om menneskelige egenskaper, som meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger (Thidemann, 2019, s. 76).

### 2.1 Litteraturstudie som metode

Metoden som anvendes i oppgaven er en litteraturstudie, en systematisk og kritisk gjennomgang av forskning på det aktuelle temaet, samt analyse og tolkning av disse (Christoffersen., 2015, s. 62). Metoden er en fremgangsmåte som benyttes ved innhenting av eksisterende fagkunnskap, forskning og teori som anvendes for å drøfte problemstillingen. Målet med en litteraturstudie er å anvende kunnskap som allerede eksisterer om valgt tema (Christoffersen et al., 2015, s. 62-63). Problemstillingen i bacheloroppgaven skal avdekke noe i

fagområdet som er valgt, eller avdekke innhold som har forbedringspotensialet (Dalland, 2020, s. 241).

## 2.2 Søkestrategi og søkeprosess

Søkestrategien ble utformet basert på en nøye formulert og avgrenset problemstilling.

Innledende søk ble gjort i Cinahl, som er en sykepleiefaglig forskningsdatabase (Helsebiblioteket, u.å). Mange søk ble først gjennomført for å finne gode søkeord spesifikt for tvang, hvor «coercion», «physical restraint», «coercive» og «coercive measures» ga mest presise artikler for problemstillingen (Tabell 1). Søkordene «tvang» og «demens» ble også brukt i databasen Google Scholar for å finne gode søkeord, men som også ga treff på en artikkel (Tabell 1).

Søkestrategi handler ikke bare om å finne gode søkeord, men også om kombinasjonen av disse (Thidemann, 2019, s. 86). Under søkeprosessen ble det besluttet å bruke databasene CINAHL og MEDLINE. Disse såkalte referansedatabasene registrerer opplysninger om artikler publisert hovedsakelig i vitenskapelige tidsskrift (Thidemann, 2019, s. 86), som bidrar til å utelukke ikke relevante artikler. Ved søk i både CINAHL og MEDLINE er det vanlig å bruke kombinasjonsord for å utvikle en god søkestrategi og få relevante treff. De boolske operatorene «AND», «OR» og «NOT» er de vanligste ved søk i fagspesifikke databaser (Thidemann, 2019, s. 87). Grunnet den tydelige mangelen på forskningsartikler relatert til problemstillingen for oppgaven ble det besluttet å ikke bruke «NOT» da dette vil innskrenke søket enda mer. Ved bruk av kombinasjonsordet «AND» mellom to søkeord får en treff på begge søkeordene, som vil innskrenke søket noe ytterligere (Thidemann, 2019, s. 87). Ved bruk av «OR» vil en få treff på artikler som inneholder enten søkeord 1, søkeord 2 eller begge, som vil utvidet søke (Thidemann, 2019, s. 87).

Jeg innskrenket søket mitt ved å ekskludere artikler som er over 10 år gamle, og ved å kun bruke de som er på engelsk. Jeg ønsket også inkludere artikler som er på norsk, svensk eller dansk om disse skulle være relevante (Tabell 2). Oppgaven og problemstillingen inneholder kun sykepleiers perspektiv, derfor ble alt annet ekskluderes i søk etter forskning. Jeg ekskluderte også artikler som omhandler personer med demens som er hjemmeboende, da oppgaven omhandler pasienter i sykehjem eller institusjon (Tabell 2). Inklusjonskriteriet

«sykehjemspasienter» ble også brukt (Tabell 2), selv om oppgaven omhandler demenspasienter, da i overkant av 80% av de som bor på langtids plass på sykehjem har en demensdiagnose (Folkehelseinstituttet, 2021).

Under søkeprosessen ble det også besluttet å utføre egne handsøk etter forfatter, som har forsket på både tvang mot demenspasienter, men også uformell tvang mot demenspasienter. Etter søk i forskningsdatabaser med ord som «informal coercion» og «informal restraint» (Tabell 1) ble det vanskelig å finne artikler som inkluderte akkurat dette. Artiklene som er inkludert bruker ikke, med unntak av 1 artikkel, ordene spesifikt, men tvangsbruken som diskuteres i studiene kan sammenlignes med uformell tvang. Det er også inkludert søk fra oktober 2023, da disse søkene ble gjort for å finne relevant forskning til prosjektplan, hvor en artikkel også ble inkludert i oppgaven (Tabell 1). Etter dette ble om lag 50 abstrakt lest, og om lag 30 artikler skimlest. Ved hjelp av inklusjons- og eksklusjonskriterier (Tabell 2) ble til slutt 4 artikler inkludert i litteraturstudien.

Tabell 2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

	Inklusjon	Eksklusjon
<b>Problem</b>	Tvang mot demenspasienter eller sykehjemspasienter	Hjemmeboende pasienter
<b>Informanter</b>	Helsepersonell som utfører tvang	Pårørende som utfører tvang
<b>Geografi</b>	Land som kan sammenlignes med norsk helsevesen	Land som ikke sammenlignes med norsk helsevesen
	Institusjon/sykehjem	Sykehus
<b>Type studier</b>	Kvalitative og kvantitative	Rapporter, kommentarer, avisartikler o.l
<b>Språk</b>	Norsk, engelsk, svensk og dansk	Andre språk en de som er inkludert
<b>Publikasjons år</b>	2014-2024	Før 2014

## 2.3 Metodekritikk

Etter endt undersøkelse må forskeren ta opp spørsmålet om metode til drøfting, noe som innebærer selvkritikk (Dalland, 2020, s. 57). Dette innebærer hvor velfungerende metoden svarer på den aktuelle problemstillingen (Dalland, 2020, s. 168). Metoden for oppgaven er som nevnt tidligere en litteraturstudie. Litteraturstudie som metode ble valgt da problemstillingen var formulert, da dette ville svare best mulig på spørsmålet. Metodekritikk omhandler å vurdere forskning opp mot samfunnets verdier og normer (Dalland, 2020, s. 168). Vurderingen omfatter alle sider av forskningen, fra planlegging og valg av problemstilling, til hvilke metoder som brukes, samt hvordan resultatene kan anvendes og rapporteres (Dalland, 2020, s. 168).

Metoden for oppgaven er som nevnt tidligere en litteraturstudie, noe som også innebærer både fordeler og ulemper. Litteraturstudiens fordeler er å bruke allerede eksisterende litteratur og forskning (Christoffersen et al., 2015, s. 62). Ulemper med metoden innebærer problemstillingens struktur, da problemstillingen og eventuelle forskningsspørsmål vil være relevant for litteratursøket (Thidemann, 2019, s. 82). Andre ulemper innebærer selve gjennomføringen av besvarelsen, da uten en god plan for arbeidet vil det bli noe vanskelig å gjennomføre. Det er derfor viktig med en prosjektplan, som kan hjelpe med å få overblikk over hele bildet (Dalland, 2020, s. 217). Begrensinger med oppgaven innebærer den todelte problemstillingen. Den ble formulert på grunnlaget av forskningen, og ble justert da forskningsartiklene var valgt. Oppgaven inkluderer fire forskningsartikler, noe som kan være lite for å svare på en slik omfattende problemstilling. Dette er noe grunnet mangelen på forskning på det spesifikke temaet, tross dette er artiklene av god kvalitet og inneholder funn som har relevans for problemstillingen.

## 2.4 Kildekritikk

Kildekritikk handler om å finne fram til litteratur som belyser den aktuelle problemstillingen, samt gjøre rede for litteraturen anvendt i oppgaven (Dalland, 2020, s. 143). Oppgavens troverdighet og faglighet er avhengig av at kildegrunnlaget er godt beskrevet og begrunnet (Dalland, 2020, s. 143). Grunnlaget for å utøve kildekritikk er kunnskap, en skal forstå det en skriver om, samt være så fortrolig med pensum at en kjenner tilleggslitteraturen en benytter



(Dalland, 2020, s. 152-153). Ved kildekritikk skal det både vurderes og karakteriseres den litteraturen som er funnet (Dalland, 2020, s. 152). En skal kunne redegjøre for hvilke kriterier som benyttes ved utvelgelsen (Dalland, 2020, s. 152). Kriterier som er brukt i oppgaven er blant annet

- relevans til problemstillingen
- gyldighet og holdbarhet
- type tekst
- forfatter av teksten og hvorfor forfatter skriver om temaet
- hvem teksten henvender seg til
- formålet med teksten
- tidspunkt teksten ble skrevet (Dalland, 2020, s. 153-155)

Når en velger kilder til bruk i oppgaven, skal en kunne gjøre rede for kildene på en slik måte at leseren forstår hva slags kilder en har benyttet, samt skal disse være tilstrekkelige til å besvare problemstillingen (Dalland, 2020, s. 153). For å kvalitet vurdere forskningsartiklene inkludert i oppgaven ble det brukt sjekklister for kvalitativ forskning fra Helsebiblioteket (2021), se vedlegg 1 for eksempel. Sjekklisten er laget som pedagogiske verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler (Thidemann, 2019, s. 91; Helsebiblioteket, 2021).

De inkluderte artiklene følger tydelig en IMRaD-struktur. Oppbyggingen av en vitenskapelig artikkel innen helse og medisin følger som regel IMRaD-strukturen, med få unntak (Thidemann, 2019, s. 66). IMRaD er en anerkjent disponering av tekst i vitenskapelige artikler som forteller hvor en finner forskjellig informasjon (Thidemann, 2019, s. 30). Strukturen beskriver i innledningen hva hovedhensikten med artikkelen er, deretter presenteres en oppsummering av metoden, forså å presentere hovedresultatene og diskusjonen av disse og til slutt presenteres en kort konklusjon (Thidemann, 2019, s. 30). Ved bruk av denne strukturen blir det lettere å finne ut om forskningen er relevant for det aktuelle temaet en undersøker (Thidemann, 2019, s. 66).

## 2.5 Forskningsetiske hensyn

Forskningsetikk handler ikke bare om å ivareta personvernet og sikre at deltakerne av forskningen ikke blir påført skade eller unødvendig belastning, men også om å bevare personens integritet og velferd (Dalland, 2020, s. 168). Forskningens mål om å finne og forstå ny kunnskap skal ikke trosse dette (Dalland, 2020, s. 168).

Forskningsetiske hensyn som er tatt i oppgaven er om resultatene er i overensstemmelse med virkeligheten, all data skal være systematisk valgt, skal brukes nøyaktig, forskerens førforståelse skal klargjøres, resultatene skal være kontrollerbare og forskningsvirksomheten bygger på eksisterende forskning (Dalland, 2020, s. 58). To av artiklene er godkjent av «the Regional Committee for Medical and Health Research Ethics in Norway» (Øye & Jacobsen, 2020, Øye et al., 2017), en artikkel er godkjent av «the Research Ethics Committee of Barcelona's Official College of Physicians» (Minguell et al., 2024) og en artikkel fulgte etiske regler satt av «The Helsinki Declaration» (Ostlund et al., 2023).

## 3 Analyse

Analyse av tekst er å granske hva teksten forteller, og hvordan en tolker dette for å forstå den (Thidemann, 2015, s. 91). Utfordringen er å finne og forstå hva materialet har å fortelle (Dalland, 2020, s. 221). Etter innsamlingen av data, i dette tilfelle resultat fra forskning, må en få oversikt for å kunne vurdere (Dalland, 2020, s. 220). Dataen må sorteres og settes sammen slik at en kan se hvilken informasjon en har fått, og hvilken informasjon en mangler for å få et større overblikk (Dalland, 2020, s. 221).

### 3.1 Analysearbeidet

Analysearbeidet startet med å tenke gjennom hva hensikten er, som igjen fører videre til problemstillingen og forskningsspørsmål (Thidemann, 2015, s. 92). En kan bruke forskningsspørsmålene som en veiviser og analyseredskap i teksten, hvert spørsmål konkretiserer det du leter etter i teksten. Forskningsspørsmålet ble da et slags rammeverk for analysen (Thidemann, 2015, s. 92). I analysearbeidet ble det brukt markeringstusj, for å fargekode og sortere de eventuelle temaene. Når temaene var valgt ble det kontrollert om temaoverskriften var dekkende for innholdet, og at all tekst passer inn under hvert tema (Thidemann, 2015, s. 92; Tabell 3). Ved hjelp av dette ble det utviklet en tabellmatrise for å vise resultatene i forskningen (Tabell 3).

Tabell 3. Analysetabell

Artikkel	Tema				
	Helsepersonells manglende kunnskap om tvang	Utfordrende atferd fra pasienter	Nødvendig helsehjelp og sikkerhet	Organisatoriske faktorer	Er samtykket gyldig?
Øye & Jacobsen, 2020	x	x	x	x	x
Minguell et al, 2024	x		x	x	
Ostlund et al., 2023	x	x	x		x
Øye et al., 2017	x	x		x	

## 4 Resultater

I kapittelet under blir resultat fra analysekapittelet presentert. Alle artikler er skrevet på engelsk, derfor tas det forbehold om feiltolkning av begreper.

### 4.1 Hovedfunn

Hovedfunn fra forskningsartiklene inkludert viser relativt samme resultat (Tabell 4). Alle artiklene kommer frem til at helsepersonell utfører tvang enten for å forebygge skade, utagering, for å unngå flauter og for å bevare personens integritet (Tabell 4). En artikkel fant at det var behov for en endring i kulturen rundt bruk av tvang (Minguell et al., 2024; tabell 4). En artikkel fant at helsepersonell følte det var vanskelig å vite når og hvor lenge samtykke er gyldig, samt at helsepersonell ble stående i forskjellige dilemmaer hvor begge sider følte urettferdig for pasienten (Ostlund et al., 2023; Tabell 4). Øye et al (2023) fant at bruken av tvang stammer fra både pasientens egenskaper og organisatoriske faktorer (Tabell 4).

Tabell 4. Oversikt over inkluderte artikler

Tittel/forfatter	Metode	Informanter/kontekst	Hovedresultater
Informal use of restraint in nursing homes: A threat to human rights or necessary care to preserve residents' dignity (Øye & Jacobsen, 2020)	Kvalitativ	Helsepersonell i sykehjem	Helsepersonell brukte tvang for å forebygge skader, bevare personens integritet eller for å unngå flauser
Physical restraints in nursing homes: A qualitative study with multiple stakeholders (Minguell et al., 2024)	Kvalitativ	Helsepersonell i sykehjem	Studien indikerer at det finnes for lite informasjon og kunnskap om tvang blant de som utfører det, og at det trengs en endring i kulturen rundt bruken av tvang. Helsepersonell i studien utførte tvang for å forebygge skade hos pasienten
Working in a gray area – Healthcare staff experiences of receiving consent when caring for persons with dementia (Ostlund et al., 2023)	Kvalitativ	Helsepersonell i sykehjem	Helsepersonell fant det vanskelig å vite når og hvor lenge samtykke er gyldig. Studien fant også at helsepersonell ofte ble stående med to forskjellige dilemmaer, hvor ingen av alternativene gav bra utkom for pasienten, og om de ikke gjorde noe ville dette være forsømmelse, dermed måtte de utføre tvang for å forebygge skade.
Do organisational constraint explain the use of restraint in nursing homes in Norway? (Øye et al., 2017)	Kvalitativ	Helsepersonell i sykehjem	Studien fant at de forskjellige brukene av tvang skyldtes både av pasientens egenskaper og organisatoriske grunner. Helsepersonell brukte tvang for å forebygge utagering og skade.

## 4.2 Funn relatert til problemstillingen

### 4.2.1 Uformell tvang

Øye & Jacobsen (2020) identifiserer fem forskjellige former for uformell tvang brukt i sykehjem i Norge. Disse er avledning av personens oppmerksomhet, hvite løgner, overtalelse, mellommenneskelig press og i ytterst få tilfeller, trusler (Øye & Jacobsen, 2020, s. 199).

Grunnen bak dette var for å unngå skade, flauser eller for å opprettholde personens integritet (Øye & Jacobsen, 2020, s. 199). Selv om ikke forklart ordrett i studiene, går disse formene for uformell tvang igjen i de andre studiene også (Minguell et al., 2024; Øye et al., 2020; Ostlund

et al., 2023). De forskjellige formene for uformell tvang blir også diskutert i Øye et al (2017) hvor overtalelse blir brukt i form av at helsepersonellet fører personen med demens inn på sitt rom, for videre skjerming, slik at pasienten ikke utagerer av for mye stimuli. I studien til Ostlund et al (2023) kommer det frem at helsepersonell bruker hvite løgner og overtalelse for å unngå forsømmelse av helsehjelp. Helsepersonellet forklarer også at det ved flere anledninger følte feil å ikke overtale personen da dette kunne være kunne være avgjørende for helsen til personen eller bidra positivt til livskvaliteten deres (Ostlund et al., 2023). Minguell et al (2024) fant at helsepersonell brukte mellommenneskelig press og overtalelse i form av sengehester og andre tiltak for å forebygge skade.

#### 4.2.2 Manglende kunnskap om tvang

I alle forskningsartiklene kommer det frem at helsepersonells utøvelse av uformell tvang stammer fra bekymring om pasientens egen sikkerhet samt at de ikke hadde god nok kunnskap om hva som var tvang eller ikke (Øye & Jacobsen, 2020; Minguell et al., 2024; Ostlund et al., 2023; Øye et al., 2017). Minguell et al (2024) forklarer i studien sin at lowverket rundt tvang ikke er godt nok, og at dette bidrar til at kunnskapen blant deltakerne i studien ikke er god nok. Øye & Jacobsen (2020) forklarer at deltakerne av studien ikke hadde problemer med å identifisere tvang som var regulert i lowverket, men at de var usikre på hva som var god praksis når det kom til pasientenes sikkerhet og velvære. Ostlund et al (2023) fant at helsepersonell ofte brukte god tid for å unngå å bruke tvang, men selv da virket det som om pasienten signaliserte misnøye, og de var da usikre på om dette var tvang. Deltakerne i Øye et al (2017) brukte tvang i forskjellige situasjoner som innebar mat og stell, eksempelvis satte de gjerne en pasient med ryggen til matbordet, slik at han ikke skulle bli urolig. Helsepersonellet forteller at de er usikre om dette gikk under tvang eller ikke (Øye et al., 2017).

#### 4.2.3 Gyldig samtykke

Tre av studiene fant også at helsepersonell slet med å vite hva som var gyldig samtykke, og hvor lenge samtykket varte (Øye & Jacobsen, 2020; Minguell et al., 2024; Ostlund et al., 2023; Øye et al., 2017). Helsepersonellene forklarte at det ofte oppsto situasjoner hvor personen med demens sa ja til en handling i det ene øyeblikket, men viste kroppslig motstand eller misnøye i etterkant (Ostlund et al., 2023). Studiene fant også at deltakerne ofte syns det var

vanskelig å vite om personen med demens forsto hva som ble forklart, og dermed om de i det hele tatt kunne samtykke til det (Øye & Jacobsen, 2020; Ostlund et al., 2023; Minguell et al., 2024). Eksempler på dette er bruk av sengehest, som blir nevnt i Øye & Jacobsen (2020), Øye et al (2017) og Minguell et al (2024). Deltakerne i studiene forteller at ved bruken av sengehest er de usikre om personen med demens har forstått hva som skal skje eller hvorfor (Øye & Jacobsen, 2020; Øye et al., 2017; Minguell et al., 2024).

#### 4.2.4 Organisatoriske faktorer

Øye & Jacobsen (2020), Minguell et al (2024) og Øye et al (2017) fant at organisatoriske faktorer spiller inn i hvorfor tvangen ble utført. Artikkene forklarer at under travle perioder måtte helsepersonell være spesielt kreative for å unngå å bruke tvang (Minguell et al., 2024; Øye et al., 2017). Artikkene understreker viktigheten av god nok bemanning for å redusere bruken av tvang (Minguell et al., 2024; Øye et al., 2017). Øye & Jacobsen (2020) og Øye et al (2017) fremmer eksempler hvor helsepersonell har måttet bruke tvang ovenfor pasienter, hvor de forklarer at de ikke har tid til å se etter pasientene. Eksempel på dette er å sette en pasient i en dyp stol, slik at han ikke kommer seg opp eller sette et bord foran pasienten slik at han ikke kommer seg forbi (Øye & Jacobsen, 2020; Øye et al, 2017). Deltakerne forteller at de gjorde dette for å unngå vandring, eventuelle fall og utagering (Øye & Jacobsen, 2020; Øye et al, 2017).

#### 4.2.5 Kultur blant kollegiet

Minguell et al (2024, s. 4) fant at deltakerne av studien mente det var behov for en forandring i kulturen rundt bruken av tvang, noe de andre artikkene inkludert ikke fant (Ostlund et al., 2023; Øye et al., 2017; Øye & Jacobsen, 2020). Helsepersonellet forklarer i studien at de mener bruken av tvang skal være eksepsjonell og begrenset til situasjoner hvor personen med demens trenger beskyttelse, eller det er i beste interesse for pasienten, men at de på grunn av omstendighetene brukte tvang oftere enn de burde (Minguell et al., 2024, s. 4). Ostlund et al (2023), Øye et al (2017) og Øye & Jacobsen (2020) fant helst det motsatte. I studiene forklarer deltakerne at de forsøkte til enhver til å unngå å bruke tvang, da mente dette var siste utvei (Ostlund et al., 2023; Øye et al., 2017; Øye & Jacobsen, 2020).



## 5 Diskusjon

Resultatene fra studiene viser at helsepersonell bruker tvang med formål om å forebygge eller hindre skade, unngå flauter eller utagering og for å opprettholde personen med demens sin integritet. I diskusjonen vil funn fra forskningsartiklene bli diskutert opp mot forskjellig teori, litteratur, pensum og lovverk for å svare på problemstillingen.

### 5.1 Er forebygging nødvendig helsehjelp?

I alle de inkluderte artiklene kommer det frem at helsepersonell ofte hadde manglende kunnskap om tvang (Ostlund et al., 2023; Minguell et al., 2024; Øye et al., 2017; Øye & Jacobsen, 2020). Minguell et al (2024) og Øye & Jacobsen (2020) fant at helsepersonell ikke hadde problemer med å identifisere tvang regulert i lovverket, men at lovverket gjerne ikke var godt nok. Samtidig forteller helsepersonell i studien til Ostlund et al (2023) at de føler de står i en grå-sone. Deltakerne i studiene mener at den forebyggende funksjonen i bruken av uformell tvang er nødvendig, og bruker tvangen med personens beste interesse i tanke (Ostlund et al., 2023; Øye & Jacobsen, 2020). Studiene fant dermed at den uformelle tvangen var nødvendig for å forebygge skade hos pasientene (Ostlund et al., 2023; Øye & Jacobsen, 2020), noe som også er lovregulert (Molven, 2019, s. 136).

Uformell tvang er definert som ikke lovregulert tvang (Det medisinske fakultet, 2017). Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-3 (1999) forteller at ved bruk av tvang skal helsehjelpen som utføres være så nødvendig at ved unntak av denne vil det anses som helseskadelig for pasienten (Molven, 2019, s. 136). Hensikten med kapittel 4A er å forebygge og begrense bruken av tvang, samt gjør mangelen på lovverk at rettsikkerheten til både pasienten og helsepersonell blir svekket (Engedal & Haugen, 2018, s. 382). Etter egen erfaring er det vanskelig å vite hva som virkelig er nødvendig helsehjelp, og hva som er unødvendig. Det kan oppfattes som om den forebyggende funksjonen er overflødig, da det kommer til virkelig nødvendig helsehjelp, samt er det kanskje den mest nødvendige funksjonen helsepersonell har. Ifølge lovverket er sykepleiere pliktet til å utføre helsehjelp, så langt dette er faglig forsvarlig (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål, og ytes av helsepersonell (Molven, 2019, s. 27). En del av sykepleiers rolle er den

forebyggende funksjonen. Sykepleiers forebyggende funksjon handler om å redusere eller fjerne sykdomsfremkallende, skadelige og negative faktorer (Kristoffersen et al., 2021, s. 20). En del av den forebyggende funksjonen er også primærforebygging, som omhandler å hindre helsesvikt hos friske og utsatte grupper (Kristoffersen et al., 2021, s. 20), eksempelvis personer med demens, samt sekundærforebygging, som innebærer å identifisere helsesvikt og økt risiko for å forebygge utvikling av sykdom (Kristoffersen et al., 2021, s. 20). Sykepleiers forebyggende funksjon innebærer også tertiærforebygging som handler om å hindre at komplikasjoner oppstår ved sykdom, skade og hindre nye helseproblemer hos mennesker med kroniske sykdommer eller funksjonssvikt (Kristoffersen et al., 2021, s. 20). Eksempel på dette kan være fall for personer med demens, eller forsømmelse av hygiene. Dette understrekes også i teorien til Travelbee (2001, s. 29), hvor hun definerer sykepleie som en mellommenneskelig prosess, hvor sykepleieren hjelper et individ med å forebygge sykdom og lidelse, samt finne mening i erfaringene om nødvendig. Etter min erfaring fra praksis og gjennom jobb går den forebyggende funksjonen til sykepleien under nødvendig helsehjelp, noe som bekreftes i yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (NSF, 2023). Sykepleiere skal ifølge retningslinjene bidra til pasientsikkerhet, samt forebygge uheldige hendelser og pasientskader (NSF, 2023).

## 5.2 Ivaretagelse av integritet

Det kommer frem i flere av studiene at helsepersonell utfører tvang med hensikt om å bevare personens integritet (Ostund et al., 2023; Minguell et al., 2024; Øye & Jacobsen, 2020). Personer med demens har behov for at andre verner om deres autonomi og integritet (Eide & Eide, 2017, s. 332). En person med demens vil ikke alltid være i stand til å ta stilling til hva som er rimelig og fornuftig i situasjonen. Å ivareta og respektere personens integritet er ikke nødvendigvis det samme som å følge personens preferanser i enhver situasjon (Eide & Eide, 2017, s. 332). Motsigende til dette, er det heller ikke tilstrekkelig å velge en løsning kun fordi personen med demens tidligere har gitt uttrykk for hvordan han eller hun vil ha det. I likhet med alle andre, kan også personer med demens ombestemme seg (Skovdahl, 2020, s. 427). Egne erfaringer bekrefter også at personer med demens har flere faktorer som avgjør hvordan deres humør er, akkurat som alle andre, eksempelvis søvn, om de har spist, tatt medisiner, har smerter, eller at de kan være samtykkekompetent i enkelte situasjoner mens i andre ikke. Engedal & Haugen (2018, s. 381) bekrefter dette. De mener

Samtykkekompetansen da kan falle bort i gitte situasjoner grunnet fysiske eller psykiske forstyrrelser (Pasient- og brukerrettighetsloven, §4-3, 1999). Dette bekreftes også av Skovdahl (2020, s. 427). Demenssykdom innebærer at personen kan være kompetent til å ta visse avgjørelser, men samtidig mangle kompetanse til andre (Skovdahl, 2020, s. 427).

For å oppnå god omsorg til personer med demens må en kunne se mennesket bak sykdommen (Rokstad, 2014, s. 28), samt forstå hvordan personen opplever en situasjon ved å lete etter mening bak vedkommende sin atferd og ytringer (Rokstad, 2014, s. 38). Travelbee (2001, s. 54) understreker dette ved å definere mennesket som et unikt og uerstattelig individ. Travelbee mener at det i virkeligheten ikke finnes pasienter, bare enkeltmennesker som behøver omsorg (Travelbee, 2001, s. 62). Om helsepersonell ikke oppfatter og behandler mennesker som mennesker, kan de heller ikke reagere negativt når mennesker motsetter seg nødvendig helsehjelp (Travelbee, 2001, s. 63).

### 5.3 Gyldig samtykkekompetanse

Å vite når og hvor lenge et samtykke er gyldig er vanskelig, kommer det frem i tre av de fire inkluderte studiene (Øye & Jacobsen, 2020; Ostlund et al., 2023; Øye et al., 2017). Deltakerne i Ostlund et al. (2023) sin studie forteller at de følte det var vanskelig å vite når pasienten ga samtykke, selv når de hadde gitt verbalt samtykke. Det var vanskelig for dem å vite om personen egentlig visste hva de samtykket til (Ostlund et al., 2023, s. 148). Det stilles ikke krav til at samtykke skal gis skriftlig, det kan regnes som uttrykkelig uavhengig om det gis skriftlig eller muntlig (Molven, 2019, s. 190). Et «stilltiende» samtykke foreligger dersom det ut fra pasientens handlemåte og omstendighetene ellers er sannsynlig at han godtar helsehjelpen (Molven, 2019, s. 191). Kravet om gyldig samtykke forutsetter tilstrekkelig informasjon, samtykkekompetanse og frivillighet (Slettebø & Pedersen, 2020, s. 219). Av egen erfaring kan det virke som det er lettere for helsepersonell å godta et verbalt samtykke og ikke undersøke videre om pasienten virkelig har forstått hva samtykke deres innebærer.

Det kan også oppleves vanskelig å vite om personen med demens forstår hva som skal skje og hva som blir forklart, som reiser spørsmålet om personen i det hele tatt kan samtykke til det (Ostlund et al., 2023). Eksempler på dette kan være bruk av sengehest, hvor pasienten ikke

nødvendigvis motsetter seg handlingen, men det er også usikkert om personen er klar over at den er der og forstår hvorfor (Minguell et al., 2024; Øye et al., 2017; Øye & Jacobsen, 2020). Demenssykdom innebærer at personen kan være kompetent til å ta visse avgjørelser, men samtidig mangle kompetanse til andre (Skovdahl, 2020, s. 427). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 4-3) forteller at samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis på grunn av demens om personen åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Som tidligere nevnt kan samtykkekompetansen da falle bort i gitte situasjoner (Engedal & Haugen, 2018, s. 381). Uttrykket «samtykkekompetanse» fremstår ofte som uklart og utfordrende å anvende for helsepersonell (Engedal & Haugen, 2018, s. 381). Selv om det i loven ikke gis andre vilkår for å mangle samtykkekompetanse annet en «åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter», står det også i lovverket at en skal vurdere pasientens evne til å forstå informasjon, evnen til å anerkjenne informasjonen om sin egen situasjon og evnen til å resonnerer med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsoalternativene (Engedal & Haugen, 2018, s. 381; Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 42). For å kunne bestemme over seg selv stilles det krav til at pasienten er beslutningskompetent (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 42). Samtidig står det i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 4-1) at dersom helsehjelpen anses å være i pasientens beste interesse og at det er sannsynlig at pasienten ville ha gitt tillatelse til slik hjelp, skal pleien utføres.

#### 5.4 Organisatoriske faktorer

Det kommer tydelig frem i flere av artiklene at organisatoriske faktorer som dårlig bemanning spiller inn i hvorfor den uformelle tvangen ble utført (Minguell et al., 2024; Øye et al., 2017; Øye & Jacobsen, 2020). Helsepersonellet i studiene understreker viktigheten av god nok bemanning for å redusere bruken av tvang (Minguell et al., 2024; Øye et al., 2017). Under travle perioder på sykehjemmene måtte helsepersonell være kreative for å unngå å måtte utføre tvang for å unngå skade hos pasientene (Minguell et al., 2024; Øye et al., 2017). Faktorer som kan påvirke situasjoner rundt hvordan tvang håndteres er eksempelvis bemanning, organisering og ledelse (Engedal & Haugen, 2018, s. 384). Egen erfaring fra sykehjem bekrefter dette. Rundt travle tider kan virke som det blir lettere og mer håndterbart å utføre unødvendig bruk av tvang for å komme i mål med dagens gjøremål.

I følge Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A (1999) skal tvang aldri brukes som følge av manglende ressurser. Bruk av tvang forutsetter tvert imot god ressurstilgang, blant annet i form av kvalifisert personell som kan finne frem til frivillige hjelpetiltak og foreta gode vurderinger av behovet for bruk av tvang (Engedal & Haugen, 2018, s. 384). Tillitsskapende tiltak, som skal være forsøkt i forkant av bruken av tvang (Pasient- og brukerrettighetsloven §4A, 1999), krever tilstrekkelig ressurser og kompetanse for å løse situasjonene (Engedal & Haugen, 2018, s. 384). Ifølge NAVs bedriftsundersøkelse utført i 2024 er det en mangel på om lag 13800 helsepersonell, hvor sykepleiere er på toppen av listen og har en mangel på rett under 5000 sykepleiere (NAV, 2024; NSF; 2023). Å utføre slike krevende arbeidsoppgaver, som eksempelvis bruk av tvang, som krever både nok ressurser og kompetanse, kan antas å være vanskelig når mangelen på helsepersonell øker (Braut & Aarheim, 2020, s. 184). Forventet levealder er som tidligere nevnt økende, samt er forekomsten av demenssykdom høyere ved høy levealder (Folkehelseinstituttet, 2021; Skovdahl, 2020, s. 421). Demens innebærer en rekke symptomer som kan virke utfordrende dersom en ikke har ressurstilgang og kompetanse. For å håndtere symptomer som aggresjon, agitasjon, uro, irritabilitet og repetitiv atferd (Skovdahl, 2020, s. 423), krever det god ressurstilgang, god bemanning og god kompetanse (Engedal & Haugen, 2018, s. 384).

### 5.5 Dårlig kultur blant kollegiet

Overraskende fant Minguell et al (2024, s. 4) at deltakerne av studien mente det var behov for en forandring i kultur når det kom til bruk av tvang, samt forklarer de at det allerede er bedre enn tidligere. Deltakerne forklarer i studien at de tenker bruk av tvang skal være eksepsjonell og begrenset til situasjoner hvor personen med demens trenger beskyttelse eller er i beste interesse for pasienten, men at de på grunn av omstendighetene brukte tvang oftere enn de burde (Minguell et al., 2024, s. 4). Motsigende kommer ikke dette frem i de andre artiklene som er inkludert, helst det motsatte. Tvert imot jobber helsepersonell mot bruken av tvang (Øye et al., 2017, s. 5). Øye et al (2017, s. 5) fant at helsepersonell brukte alternative løsninger for å unngå å bruke tvang, eksempelvis bruk av alarmsystem versus bruk av sengehester da dette ved tidligere anledning førte til skade. Ostlund et al (2023, s. 150) fant at helsepersonell strebet for å opprettholde pasientens autonomi, for eksempel ved å spørre hvor personen ville sitte, eller om personalet hadde tillatelse til å entre rommet til personen. Øye & Jacobsen (2020, s. 192) forklarer i studien sin at personalet forsøkte å komme med alternative løsninger

som pasientene kunne samtykke til fremfor å bruke tvang for å forhindre skade. Deltakerne forklarer at de ofte prøvde å få personen med demens til å sette seg ned med dem, ha gode samtaler eller gi dem ett godt måltid, når pasienten egentlig var vandrende, for å unngå fall (Øye & Jacobsen, 2020, s. 192). Det kommer tydelig frem i studiene, med unntak av Minguell et al (2024), at deltakerne ikke ønsker å utføre tvang og jobber iherdig mot det (Ostlund et al., 2023; Øye et al., 2017; Øye & Jacobsen, 2020). Egen erfaring fra både jobb og praksis bekrefter begge sider av saken. Det kan virke som at helsepersonell er mer fokusert på å få unnagjort oppgaver grunnet tidspress, noe som igjen gjør at personen med demens på en slags måte blir en oppgave en må fullføre. Dersom det er tilgjengelige ressurser derimot, virker det som om helsepersonell er villig til å strekke seg litt lenger for å opprettholde pasientenes autonomi og selvbestemmelse.

Studiene som fant at helsepersonell jobber iherdig for å opprettholde pasientenes autonomi (Ostlund et al., 2023; Øye & Jacobsen, 2020; Øye et al., 2017) samsvarer med Travelbees sykepleieteori. Travelbee (2001, s. 54) definerer mennesket som et unikt og uerstattelig individ. Hun mener sykepleieren er en endringsagent som ikke skal akseptere den foreliggende tilstanden dersom den består av sykdom, lidelse, dårlig ernæring, fattigdom eller en rekke andre problemer (Travelbee, 2001, s. 30). Sykepleierrollen må overskrides dersom en skal etablere en god nok relasjon (Travelbee, 2001, s. 77). For å oppnå god omsorg til personer med demens må en kunne verdsette mennesket med demenssykdommen. Den enkelte med demens må respekteres og møtes som et fullverdig medlem av samfunnet gjennom hele sykdomsforløpet (Rokstad, 2014, s. 28). Ostlund et al (2023) bekrefter dette i studien sin. Helsepersonell fant at en god relasjon til personen med demens var en viktig faktor i om pasienten gjorde motstand eller ikke.

## 6 Avslutning

### 6.1 Avslutning

Oppgaven tar utgangspunkt i problemstillingen «På hvilken måte og hvorfor blir uformell tvang brukt i sykepleien til demenspasienter?». I besvarelsen er det diskutert funnene fra forskningsartiklene opp mot forskjellig teori, litteratur, lovverk og pensum. Helsepersonell utfører uformell tvang på fem forskjellige måter; avledning av personen oppmerksomhet, hvite løgner, overtalelse, mellommenneskelig press og i ytterst få tilfeller, trusler.

Helsepersonell begrunner bruken av uformell tvang med å forebygge skade, utagering, for å unngå flauer eller for å bevare personens integritet. Besvarelsen fant at sykepleiers forebyggende funksjon er nødvendig helsehjelp.

Andre funn i oppgaven peker på at faktorer som dårlig bemanning, manglende kunnskap, dårlig kultur blant kollegiet og samtykkekompetanse også spiller inn i hvorfor tvangen blir utført. Helsepersonell forklarer at om bemanningen ikke er tilstrekkelig, vil det være vanskelig å unngå bruken av uformell tvang for å opprettholde pasientenes sikkerhet. Det kommer også frem at mangel på kunnskap om tvang og ikke tilstrekkelig lovverk gjør det vanskelig å vite hva som er tvang og ikke, men selv om uformell tvang defineres som ikke lovregulert tvang, kommer det frem at forebygging av skade og lidelse går inn under lovverket rundt bruken av tvang. Det kommer tydelig frem i besvarelsen at det trengs mer dialog og refleksjon rundt tvangsbruk. En artikkel peker på at dårlig kultur blant kollegiet er en av grunnene til bruken av tvang, motsigende fant ikke de andre artiklene dette. Flere av de inkluderte artiklene fant at det var vanskelig å vite om pasienten hadde tilstrekkelig samtykkekompetanse, da de gjerne gav verbalt samtykke, men helsepersonellet visste ikke om de forsto hva samtykket innebar. Det kommer tydelig frem i besvarelsen at det er manglende forskning på det aktuelle temaet.

### 6.2 Implikasjoner for praksis

Avslutningsvis vil jeg trekke frem implikasjoner for bruken av uformell tvang i praksis. Som det kommer frem i flere av forskningsartiklene er både manglende kunnskap om tvang, kultur og dårlig bemanning faktorer for bruken av uformell tvang. Disse problemene, som vist i besvarelsen, er ikke lett håndterbare, krever god kompetanse og tilstrekkelige ressurser. Det vil på en måte bli opp til hver enkelt sykepleier og helsepersonell å sette seg godt nok inn i

lovverket rundt bruken av tvang, aktivt jobbe mot en dårlig kultur om dette skulle oppstå samt varsle om bemanningen ikke er tilstrekkelig.



## 7 Referanser

- Braut, G. S. & Aarheim, K. A. (2020). *Det norske helsesystemet: Ei innføring i organisering, styring og politikk*. Det Norske samlaget
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt forlag.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. (7. utg.). Gyldendal.
- Demens: Nasjonal faglig retningslinje. (2022, 27. april). *Helsedirektoratet*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk*. (3.utg.). Gyldendal.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018). Demens. I P. K. Haugen (Red.), *Demens: sykdommer, diagnostikk og behandling*. (s. 14-28). Forlaget aldring og helse – akademisk.
- Helsebiblioteket. (u.å). *CINAHL*. Helsebiblioteket.  
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/databaser/cinahl>
- Helsebiblioteket. (2021). *Sjekklistor*. Hentet fra  
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistor>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64)*. Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helsetilsynet. (2023). *Framleis tvang i somatisk helsehjelp*.  
<https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/tilsynsmeldingen/2023/framleis-tvil-om-tvang-i-somatisk-helsehjelp/>
- Heyn, L. G. (Red.). (2022). *Klinisk kommunikasjon i sykepleie*. Gyldendal.

Joyce Travelbee. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag.

Kirkevold, Ø. (2018). Rettsikkerhet for personer med demens. I P. K. Haugen (Red.), *Demens: sykdommer, diagnostikk og behandling*. (s. 373-388). Forlaget aldring og helse – akademisk.

Kristoffersen, N. J., Skaug, E. A., Steindal, S. A. & Grimsbø, G. H. (2021). Introduksjon til sykepleie som fag og tjeneste. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Fag og profesjon*. (4.utg. s. 15-27). Gyldendal.

Minguell, C., Gassó, A. M., Martin, F. C., Gómez, D. E. L. & Arimany, M. J. (2024). Physical restraints in nursing homes: A qualitative study with multiple stakeholders. *Nursing Open*, 11(1), 1-10. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1002/nop2.2078>

Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (6. utgave). Gyldendal.

NAV. (2024). *Bedriftsundersøkelse 2024: Mindre optimisme – fortsatt mangel på arbeidskraft*. (NAVs bedriftundersøkelse). NAV.

Norsk Sykepleierforbund. (2023, 09. Mai). *Fortsatt størst mangel på sykepleiere*. NSF. <https://www.nsf.no/artikkel/fortsatt-storst-mangel-pa-sykepleiere>

Norsk Sykepleierforbund. (2023.). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Östlund, L., Ernst Bravell, M., & Johansson, L. (2023). Working in a gray area—Healthcare staff experiences of receiving consent when caring for persons with dementia. *Dementia (14713012)*, 22(1), 144–160. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/14713012221137472>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

- Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er!: Personsentrert omsorg ved demens* (3.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. 416-439). Gyldendal.
- Slettebø, Å. & Pedersen, R. (2020). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3.utg. s. 216-229). Gyldendal.
- Strand, B. H., Vollrath, M. E. M. T. & Skirbekk, V. F. (2021). Demens. *Folkehelseinstituttet*, 2014. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/demens/?term=>
- Thidemann, I. J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget.
- Tvang og medvirkning i psykiske helsetjenester: Pasienters og pårørendes syn og erfaringer. (2017, 27. Oktober). I *Det Medisinske Fakultet UIO*. <https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/forskning/publikasjoner/pet-pasienter-parorende/>
- Øye, C. & Jacobsen, F. F. (2020). Informal use of restraints in nursing homes: A threat to human rights or necessary care to preserve residents' dignity? *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness & Medicine*, 24(2), 187–202. <https://doi.org/10.1177/1363459318800175>
- Øye, C., Jacobsen, F. F. & Mekki, T. E. (2017). Do organisational constraints explain the use of restraint? A comparative ethnographic study from three nursing homes in Norway. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 26(13-14), 1906-1916. <https://doi.org.galanga.hvl.no/10.1111/jocn.13504>

## 8 Vedlegg

### Vedlegg 1: Oversikt over søk

Tabell 1. Oversikt over søk

Database	Søkeord/kombinasjoner	Dato	Antall treff	Artikler brukt
Cinahl	Coercion AND dementia patients	18/10-23	5	Working in a gray area—Healthcare staff experiences of receiving consent when caring for persons with dementia.
Cinahl	Dementia AND coercion AND nursing homes	19/10-23	6	
Cinahl	Dementia patients OR dementia OR frontotemporal dementia OR dementia, vascular AND restraint, physical AND nursing homes	23/03-24	76	
Cinahl	Informal restraint	23/03-24	1	Informal use of restraint in nursing homes: A threat to human rights or necessary care to preserve residents' dignity?
Cinahl	Informal restraint AND Dementia patients OR Dementia OR Frontotemporal dementia OR Dementia, vascular	23/03-24	0	
Cinahl	Informal coercion	23/03-24	25	
Medline	Dementia AND Coercion OR informal coercion	25/03-24	33	
Medline	Informal restraint	25/03-24	1	Informal use of restraint in nursing homes: A threat to human rights or necessary care to preserve residents' dignity?
Cinahl	Dementia OR dementia patients OR frontotemporal dementia OR dementia,	27/03-24	3	

	vascular OR dementia, senile OR dementia or people with dementia AND long term care nurses OR long term care nursing OR long term care OR nursing home patients OR nursing homes OR long-term care or nursing home or residential care or assisted living AND restraints, physical OR physical restraint OR coercion OR coercion or coercive or physical restraint or coercive measures AND coercion OR informal coercion			
<b>Cinahl</b>	Dementia OR dementia patients OR frontotemporal dementia OR dementia, vascular OR dementia, senile OR dementia or people with dementia AND long term care nurses OR long term care nursing OR long term care OR nursing home patients OR nursing homes OR long-term care or nursing home or residential care or assisted living AND restraints, physical OR physical restraint OR coercion OR coercion or coercive or physical restraint or coercive measures OR coercion OR informal coercion	27/03-24	122	Physical restraints in nursing homes: A qualitative study with multiple stakeholders.
<b>Google scholar</b>	dementia patients nursing homes informal coercion	02/04-24	15400	
<b>Google Scholar</b>	dementia patients nursing homes informal coercion restraint (avgrenset årstall)	02/04-24	798	Do organisational constraints explain the use of restraint? A comparative ethnographic study from three nursing homes in Norway
<b>Håndsrøk</b>	Demens tvang	04/04-24		
<b>Håndsrøk</b>	Christine Øye	04/04-24		

## Vedlegg 2: Sjekkliste helsebiblioteket

### Informal use of restraint in nursing homes: A threat to human rights or necessary care to preserve residents' dignity? (Øye & Jacobsen, 2020)

Del A: Innledende vurdering

Er formålet med studien klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

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

Ja –  Nei –  Uklart

Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

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

Ja –  Nei –  Uklart

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

Ja –  Nei –  Uklart

Er etiske forhold vurdert?

Ja –  Nei –  Uklart

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

Ja –  Nei –  Uklart

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

Ja –  Nei –  Uklart

Del B: Hva er resultatene?

Er funnene klart presentert?

Ja –  Nei –  Uklart

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Ja –  Nei –  Uklart

### Vedlegg 3: Analysematrise

Tema	Utdrag fra artikkel
<p>Nødvendig helsehjelp</p> <p>Er samtykket gyldig?</p>	<p><b>Øye &amp; Jacobsen, 2020;</b></p> <p>“In all four NHs, staff did not only have problems identifying what was restraint, but they were also unsure of what was restraint regulated by law and what was good care practice to ensure residents’ overall safety and health. When asking staff what they regarded as restraint unregulated by legislation, some said that this was tricking, luring, lying, per- suading or doing something against a resident’s expressed will. However, tricking, luring and persuading practices were also found in the daily life practices»</p> <p>“A case in another NH also showed how staff are unsure about how much pressure they should put on a very restless resident, who did not want to sit down to eat or rest. Staff were anxious for her health and safety as she had a tendency to fall, and in this case, staff tried at first to persuade the resident to sit down by offering her food, and then they hin- dered her movement:</p> <p>“Furthermore, during handovers, staff discussed whether residents had consent compe- tence. For instance, they might put up a bedrail, and although the resident did not protest, she did not give clear consent»</p> <p>“In another NH during handovers, staff discussed a situation where they had used a bedrail at night time, but the previous night the resident had forced the bedrail despite her consent- ing to use it. The staff said that they were afraid that she would fall and hurt herself (she had previously had a hip fracture); therefore, they decided to put a chair in front of the bedrail in order to hear at night the noise from the chair moving, in order to avoid a fall.”</p> <p>“‘Grey-zone’ restraint also relates to the use of medication and beverages. During handovers, staff discussed whether the expressions of a resident were a clear statement of not wanting to eat or take her or his medication or beverages. There might be residents who did not want to take their medication or did not want to eat or drink, but the staff could discuss how ‘conscious’ was their protests, often leading staff to be creative in finding solutions to ensure their health.</p> <p><b>Minguell et al., 2024;</b></p> <p>«All stakeholders highlighted the need for a change in culture when applying restraints, ensuring that their use is exceptional and lim-</p>

	<p>ited to situations related to protection and in the best interest of the resident”</p> <p>“Healthcare professionals emphasize the link between the use of restraints and the safety of the patient, as well as the legal requirement of the medical prescription, which does not always occur a priori»</p> <p><b>Ostlund et al., 2023;</b>  “Overall, staff found it difficult to know if they really had consent from the individual. Even if the person verbally gave consent, it was challenging to know if the person really understood what they had consented to.”</p> <p>“Also, a person might consent on one occasion but not on the next.”</p> <p>«If the person, either verbally or in other ways, expressed displeasure, staff thought it meant that they had to stop using that action, since the person’s wishes should guide their care. To make sure the person received the necessary care in a safe way and with high quality, staff sometimes had to identify other solutions»</p> <p>“Obtaining verbal and direct consent to a specific action was often described as difficult. Ethical dilemmas occurred when the staff needed to choose between two available options where neither was considered good»</p> <p>“Also, always following the wishes of the person might lead to doing nothing, which may result in neglect or put the person in danger. Consequently, sometimes staff justify their decisions as having been done with the best interests of the person”</p> <p>«Staff reasoned that they sometimes interpreted consent in a way that was favorable to them in terms of what they considered to be in the best interests of the person. This meant that staff were usually satisfied when a person said yes to an action that could, without consent, be considered as coercion or restraint such as bed rails even if it was unclear if the person had fully understood what s(he) had agreed to. If a person instead refused an action, staff interpreted this as if the person had not fully understood and they tested the action anyway. Consequently, staff did not always interpret a verbal “yes” and “no” from the person with dementia similarly, resulting in staff deciding what was the best for the person without actually being sure of the person’s own wishes»</p>
--	---



	<p>“Staff wondered if a yes always was a yes or if the absence of a no was related to the person’s lack of capacity to understand the question or situation»</p> <p>«Staff expressed that consent continuously changes. The change depended for example on the condition of the older person in a particular moment, but also on whether the staff asking for consent had managed to establish a relationship with the person. An action that was considered acceptable to the older person just a short while ago could suddenly make the person upset or anxious. These continuous changes were described as very challenging for the staff»</p> <p>“Usually, consent was obtained every time the action was used but since difficulty in remembering is a prominent symptom of dementia, many persons did not remember being asked about a particular action and thus were unaware of what they had consented to»</p>
<p>Manglende kunnskap om tvang</p>	<p><b>Øye &amp; Jacobsen, 2020;</b></p> <p>“Furthermore, during handovers, staff discussed whether residents had consent competence. For instance, they might put up a bedrail, and although the resident did not protest, she did not give clear consent, as a staff member said in an interview,</p> <p>“In all four NHs, staff did not only have problems identifying what was restraint, but they were also unsure of what was restraint regulated by law and what was good care practice to ensure residents’ overall safety and health.</p> <p>“When asking staff what they regarded as restraint unregulated by legislation, some said that this was tricking, luring, lying, persuading or doing something against a resident’s expressed will. However, tricking, luring and persuading practices were also found in the daily life practices”</p> <p>“In addition to distracting residents’ attention, staff might also use white lies to hinder residents from being restless or agitated. For instance, staff could try to ‘lure and trick’ residents by telling them a white lie to calm them down”</p> <p>“White lies were used by staff in order to ‘trick’ a resident to accompany a staff member”</p> <p>“It was not uncommon for staff members to lie to residents to get them to take their medication”</p>

Also, staff said that a white lie may be effective for a short time, but after a while the resident would start asking the same question again”

“staff might also use persuasion when residents expressed wishes in conflict with staff’s plans and wishes for the residents. For instance, residents might insist that they should go home after a meal or an activity, as they had family members waiting for them at home, while staff would have to use different forms of persuasion or – as explained – try to redirect their wishes due to the lack of home or family members waiting for them.»

“In all four NHs, staff might also use offers to influence a resident to do something that the staff wanted them to do, as the case above has shown. These offers are for objects or beverages that staff know that residents prefer. The offers are used for the purpose of calming down residents, to accomplish personal hygiene or otherwise hinder residents from wanting to go home. The offers were planned or used in sudden acute situations”

**Minguell et al., 2024;**

«The patient protection/safety criteria established by healthcare professionals and managers should be reconsidered in light of the risks they pose in such a fragile population»

«Most of the participants highlighted the need for a change in culture that promotes alternatives to restraints, duly integrated into the work model of the centre.”

«Managers believe that there has been an improvement due to a movement of awareness of restraints' negative impact and evolution to- wards zero restraints. Yet, they stated that restraints are sometimes necessary, linked to patient safety, and with appropriate training and protocols.»

“Many participants highlighted the progressive improvements in the use of restraints observed in recent decades: in terms of awareness of their negative impact, limitations on use, approved devices and consensus on restraint procedure.»

«Administrative recommendations, professional guidelines and existing protocols are considered necessary and by some to be sufficient, contrary to those who believe that specific legislation would be necessary because it would help reduce variability in the use of restraints (by clarifying their usefulness and definition) and would be a greater guarantee of patients' rights»

“They believe that it is currently a highly regulated practice, they state that a specific law could be useful, but they particularly highlight the importance of informed consent”

**Ostlund et al., 2023;**

“However, staff stated that receiving verbal consent could be difficult and that persons with dementia sometimes had trouble expressing their consent. Therefore, situations arose where staff interpreted the person’s behavior in different ways. The person might signal dissatisfaction for example by facial expressions and body language, or by trying to remove an aid”

“Staff claimed that they had to do as considered best for the person. This meant that when the older person did not fully understand what was best for him/her, staff had to make decisions over the head of the person»

«Staff described how they tried to get consent by different methods of convincing, such as motivating, coaxing and persuading in order to make the person accept a certain action or support. For example, when staff assessed that there was a need of an action, they convinced the person to at least try it, even if the person had said no or in a non-verbal way expressed that (s)he wasn’t interested in the action. Not trying to convince the person to accept actions sometimes also felt wrong as the actions were done to help and support the person and increase their wellbeing, and were sometimes even vital»

“Some persons were considered to be easier to encourage, which staff thought was related to whether the person dared to question the authority of the staff. Staff explained that sometimes the older person was resigned to the action being taken, meaning that the person agreed to an action as a result of not wanting to argue with the staff anymore”

“Sometimes staff had to be patient and give the person time to get used to a certain action in order to obtain consent. After observing the person for some time, the staff discussed whether the person seemed to be dissatisfied with or accepting of the action in the team and made decisions on whether to continue with the action or not»

“Staff also mentioned that team meetings in themselves could be tricky, since the person should be informed that (s)he is discussed during these meetings according to current regulations. However, a common reason for not informing the person was to avoid anxiety»

Øye et al., 2017;

«The staff had previously used bedrails, but they had experienced that restless resident tried to climb over the bedrails and then hurt themselves. Staff had experienced a restless resident almost strangled by the bedrail. Therefore, they had started using alarm mats, which gave a loud signal when the resident left the bed. They also sometimes used a chair or a table in front of the bed to reduce the likelihood of a resident falling at night-time»

“three agitated residents were secluded in their own room, not allowed to go into the wards’ public rooms”

“The staff would usually place her with her back towards the other residents as she and they ate, so that she was not able to see the other residents»

“Staff explained that the practice of isolation and physical retention was to improve the residents’ health and mental condition, as stated in an evaluation meeting: ‘The use of physical retention is absolutely necessary for her own health’. Staff experienced that residents would become less restless after they had been isolated»

“The staff argued that three of the residents had delirium and were in need of physical retention in their own room with as little ‘stimulating things’ as possible to overcome the delirium»

“Whenever the resident tried to get out of her room, staff would lead her back to her room using force by grabbing her arm, either alone or with another staff member. Despite the resident protesting, the staff would force her by holding her arms firmly when directing her back to her room”

«In hygiene situations, at times the staff used force to get the washing or showering done, for instance, when a resident was soaking wet with urine and was shouting and kicking the staff whenever they tried to help her changing her diapers. Then two staff members would hold the resident’s hands to be able to change the diaper, despite the resident protesting»

“In another episode, two staff members held down a resident by force in her chair while a hair-dresser cut the resident’s hair as fast as she could”

“they used bedrails to keep control of the residents’ whereabouts, but not if they experienced that those residents would try to climb over the bedrails»

	<p>«They were also worried that the residents would escape the NH premises. Thus, they had the doors locked at all times of the day»</p> <p>«Staff also crushed sedatives in beverages when they had trouble getting the residents to take their medication, usually as a way to calm the residents down. Staff explained that this would either make the personal hygiene situations easier or might be a way of seeing if medication could improve the delirium»</p> <p>“they used force-feeding on a couple of residents, bedrails with two residents and not least they used interactional restraint in personal hygiene situations on two residents”</p> <p>“at times one resident was very aggressive towards other coresidents, so that staff took her by force back to her room to calm her down for a little while”</p> <p>«they locked the outer doors to prevent residents to leave the ward, as they had experienced that residents would climb fences surrounding the NH if they were on their own in the NH garden»</p>
<p>Utfordrende pasienter og relasjon</p>	<p><b>Øye &amp; Jacobsen, 2020;</b></p> <p>“Staff often diverted the residents’ attention, especially when residents were restless or agitated, for instance when they did not want to stay at the NH or did not want to be helped in personal hygiene situations.”</p> <p>“Another staff member said that putting restless ladies together on a sofa with knitting equipment would at least calm them down for a while. To help out agitated residents in personal hygiene situations, staff members could use pictures, objects or music to divert a resident’s attention”</p> <p>«Staff members spoke about how they used persons in the staff group who had a special relationship with the resident, in order to get the resident to do something the resident usually did not want to do. For instance, a staff member said in an interview that in order to wash a resident’s hair, they planned these personal hygiene initiatives based on this one staff member’s job schedule. Despite the resident’s initial protests, this staff member could create a cosy situation, first getting the resident in a good mood before introducing the hair washing. As a staff member said, ‘Even though she is protesting, we know that she will be very satisfied afterwards, being proud of her new hairdo’.»</p> <p>“On a few occasions I observed staff members using threats, usually to avoid violence in specific situations, for instance when one</p>

resident was hitting a co-resident or staff member, or being verbally aggressive towards others. Once a resident entered the living room, and on her way to the sofa she showed her fist to a co-resident while she yelled at him. The co-resident tried to protect himself from the aggression, but the resident would not stop. A staff member came into the room, standing in front of the resident in a very firm and raised-up position, saying, 'If you don't calm down, I will have to send you right back to your room'. The resident immediately turned around and left the living room. Staff members told in interviews that they sometimes had to be harsh on residents who were being aggressive»

**Ostlund et al., 2023;**

“For non-verbal persons, the staff interpreted facial expressions and body language, with the risk of misinterpretation. This was especially true when staff did not really know the person.”

“Common in all three categories was the significance of the relationship between the person with dementia and the staff member. Staff talked about how important it was to build a relationship in order to get to know the person, to recognize the person's facial expressions and body language, and to be able to explain and justify specific actions to the person. Meeting the person on a regular basis was stated as important, as it takes time to get to know the person. Having a close relationship was considered to be a success factor in obtaining consent as well as important when trying to identify other solutions”

“To be able to interpret the person's behavior adequately, staff really had to know the person, meaning that there had to be a relationship between the person and the staff member. Once a relationship was established, staff could understand and read the person more easily, for example notice the signals the person was sending if (s)he did not want a specific action. They could then detect that the person was panicking for example, by the person acting paralyzed or grabbing the staff roughly.»

«There was a fear among the staff that they might interpret the person's signals incorrectly. This risk was greater when meeting the person for the first time or if they had not had the opportunity to get to know the person well and thereby did not know how the person usually behaved in similar situations. This could result in situations where staff did not know how to best help the person. Staff stated that they sometimes had an internal discussion about whether an action would be better or worse for the person and what the person would have preferred if s(he) had been in a healthy state»

	<p>“one participant expressed that there was only one staff allowed to help a person with showering. Therefore, to fit the person’s wishes and preferences, staff organized the schedule so that the particular staff member was working on the days for showering.”</p> <p>“Occasionally, some staff knew the person in need of care better than their colleagues, which can make it easier for those staff to interpret the person with dementia’s actions and give support. Those particular staff members sometimes also served as a proxy in relation to other colleagues and explained how to interpret and understand the person»</p> <p><b>Øye et al., 2017;</b>  “She went into the next room, and after a while, she came out again saying that this morning she had had to hold the resident’s arms to get him washed – he was soaking wet. She told me: ‘Well, usually I can cope with him just fine without using force in care situations, but today I was so stressed and he noticed that so it all went wrong»</p> <p>“One of the residents could be very aggressive, biting staff in personal hygiene situations, which was why the staff had decided that two of them needed to be present so that one could hold the hands and the other wash the resident. They might try with only one staff member present, but if the resident started to yell, bite or spit the staff member, another staff member was ready to help»</p>
<p>Organisatoriske faktorer</p> <p>Underbemanning</p>	<p><b>Øye &amp; Jacobsen, 2020;</b>  «Staff were often very creative in trying to find solutions to ensure residents’ safety, especially at busy times, when they were unable to look for restless and wandering residents. In one NH, the staff found an old chair which was so deep and comfortable that the resident was not able to get out of the chair, despite his efforts to get up and wander all the time.”</p> <p><b>Minguell et al., 2024;</b>  “It highlighted two interrelated aspects: the rejection of economic sustainability criteria when applying restraint (convenience) and the relationship between staffing and the application of restraints (staffing ratios).”</p> <p>“Some participants recognized the resistance to change in an entrenched model of care in the sector. Legal experts state that it is a deeply rooted practice with resistance to change and that cases of abuse are linked to a lack of personnel»</p>

“Specific aspects of organizational improvement were pointed out: such as changes in schedules and routines in the centres. Protocols, training and education were identified as tools for transformation in the institutions.”

«Public administration officials acknowledge the influence of the ratios of personnel and model of work in restraints use, and the need for organizational alternatives, rejecting restraints for convenience”

“Healthcare professionals are of the opinion that the higher the staff ratio, the fewer restraints and that they continue to be applied for organizational convenience”

“They talked about the importance of implementing protocols with supervision and training and of informing the families well and involving them in the decisions. The person-centred care model is praised and they stood out the influence of staff ratios, employee sensitivity and teamwork to respect user preferences. They agree on the importance of totally rejecting restraints of convenience»

**Øye et al., 2017;**

“Also, at busy times on the ward, staff sometimes excused themselves during handovers for not being able to complete tasks, ‘I’m sorry folks, I leave the ward in a mess, I have not been able to clean the kitchen, and the lady in room three has not had her hair done today as I promised.’ Such ‘busy times’ at the ward meant that staff were unable to plan ‘confidence-building alternatives’, as they had to focus on task-oriented goals”

“The use of physical restraint hindering the resident from moving freely was used particularly when the ward was busy. For instance, one resident was wandering almost all day, and when she finally sat down to rest or eat, the staff would put a tray in front of her to make her stay there for a while, while staff was doing other tasks. Looking after this resident, and preventing her from falling, took up much of their time, delaying other tasks with other residents”

“Moreover, staff had other nonresident-related tasks to carry out, such as picking up and sorting out diapers, groceries, sort out clothes There- fore, staff were not able to look out for residents all day”