

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Hvordan opprettholder sykepleier menneskeverdet hos pasienter med demensdiagnose under tvangsutøvelse på sykehjem?



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

[Stavanger, 04.05.2022]

Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn: Sykepleiere møter utfordringer når de skal foreta beslutningen om å utføre tvang eller ikke etter Pasient- og brukerrettighetsloven §4 A. Spesielt i de tilfellene som omfatter «nødvendig helsehjelp» og hvor de også må sørge for at pasientens menneskeverd blir ivaretatt.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan sykepleiere opprettholder menneskeverdet hos beboere på sykehjem med demensdiagnose når de må utøve tvang.

Metode: Vi har foretatt en integrativ litteraturstudie. Både de fire vitenskapelige forskningsartikler vi har valgt ut, samt annen relevant litteratur og egne erfaringer utgjør grunnlaget for vår besvarelse av bacheloroppgaven.

Resultater: Bruk av tvang i seg selv er krenkende, men i en situasjon hvor «nødvendig helsehjelp» må gis og tvang ikke benyttes, blir menneskeverdet ikke ivaretatt. Så lenge alle tillitsskapende tiltak blir utført før tvangsbruk, ivaretas pasienten sitt menneskeverd.

Nøkkelord: *nursing homes, care homes, long-term care, aged-care facility, coercion og restraint, dementia, human rights*

Innhold

<i>Sammendrag</i>	2
1. Innledning	5
1.1. Bakgrunn for valg av tema	5
1.2. Problemformulering	6
1.3. Hensikt	6
2. Teoretisk referanseramme	7
2.1. Demens	7
2.2. Tvang	8
2.3. Menneskeverd	9
3. Metode	11
3.1. Litteratursøk	11
3.1.1. Valg av database og søkeord	11
3.1.2. Valg av søkestrategier	12
3.1.3. Valg av artikler	13
3.2. Analyse	15
4. Resultat	16
4.1. Sykepleierens rolle for å opprettholde menneskeverdet	16
4.1.1. Sykepleierens individuelle faglige vurdering	16
4.1.2. Kollektive vurdering	18
4.2. Elementer	19
4.2.1. Sykepleierens forståelse om demenssykdom	19
4.2.2. Sykepleierens kjennskap til pasienten	21
4.2.3. Sykepleierens usikkerhet rundt bruk av tvang	21
5. DISKUSJON	23
5.1. Metodediskusjon	23
5.1.1. Kildekritikk av artiklene	23
5.1.2. Egen gjennomførelse	25
5.2. Resultatdiskusjon	26
5.2.1. (Problemet med) tvangsbruk og etiske dilemmaer	26
5.2.2. Løsningen med bruk av tvang og hvordan en minimere tvangsbruken	29
6. Anvendelse i sykepleiepraksis/avslutning	34
Referanse	35

Vedlegg	39
Vedlegg 1: Søkelogg.....	39
Vedlegg 2: Litteraturmatrise	40
Vedlegg 3: Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie	44

Antall ord: 7974

1. Innledning

I det daglige virket som sykepleier vil de stå ovenfor tvangsbruk hvor verdigheten til pasientene enten ivaretas eller neglisjeres. Spesielt når det gjelder pasienter med demensdiagnose er tvangsbruk et nødvendig onde som man forsøker å unngå, men som i noen tilfeller er uunngåelig. Når tvang skal iverksettes er det viktig at pasientens integritet og verdighet ivaretas, selv om deres kognitive tilstand er svekket, noe denne bacheloroppgaven og studiene vi går gjennom vil ta for seg.

1.1. Bakgrunn for valg av tema

Personer med demensdiagnose kan motsette seg nødvendige tiltak fordi de ikke forstår at de trenger hjelp. Dette kan føre til bruk av tvang. Lov om pasient- og brukerrettigheter § 4A-3 hjemler adgangen helsepersonell har for å iverksette tvangsbruk når det gjelder å forhindre helseskade samt regulere og begrense bruken av tvang. Forskning viser at forekomsten av tvang på sykehjem er høy. Det kan lede til at pasientens menneskeverd ikke blir ivaretatt under tvangstiltak. Vi opplevde også begge, under sykehjemspraksisen, hvordan enkelte pasienter med demens motsatte seg pleie. Flere sykepleiere vi jobbet sammen med under sykehjemspraksisen opplevde bruk av tvang som utfordrende, var usikre på reglene og hadde ulikt syn på bruken og gjennomføringen av tvang. Vi ønsker derfor å ta opp temaet for å få ny og økt kunnskap om hvordan sykepleieren kan opprettholde pasienten sitt menneskeverd i slike tvangsbruksituasjoner.

1.2. Problemformulering

Personer med demens, som bor på institusjon, er som regel i et avhengighetsforhold med sin omsorgsgiver. Alle har rett til respekt for sitt iboende menneskeverd, og pasienten med demenssykdom skal bli møtt med respekt som et helhetlig menneske samt få tilpasset hjelp i hver fase av sykdomsforløpet. Mangel på faglig, etisk og juridisk kompetanse blant helsepersonellet gjør at pasienter med demens blir utsatt for feil bruk av tvang og maktmisbruk, noe som kan resultere i at pasientens menneskeverd ikke blir ivaretatt.

1.3. Hensikt

Hensikten med oppgaven vår er å belyse hvordan sykepleiere opprettholder menneskeverdet hos beboere på sykehjem med demensdiagnose under tvangsutøvelse.

2. Teoretisk referanseramme

2.1. Demens

Demens er et syndrom med en rekke symptomer som skyldes organiske sykdommer og skader i hjernen. Disse sykdommene er kroniske og progredierende som fører til generell svikt i hukommelse, tankeevne, orienteringsevne, forståelse, språk og dømmekraft (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 412). Symptomene på demens kan være ulike i tidlig fase og utviklingen kan foregå over fire-fem opp til tjue år, avhengig av hvilken hjernesykdom som foreligger (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 411). Svekket hukommelse og forandringer i kognitive og emosjonelle funksjoner, som er avvikende fra normale aldringsforandringer, vil være kjennetegnet av startfasen på demens. Med dette som utgangspunkt kan det settes opp kriterier for å stille diagnosen demens, ved bruk av det internasjonale diagnosesystemet *International Classification of Diseases* (ICD-10), slik som vist i tabell 1.

I	(1) Svekket hukommelse, især for nyere data. (2) Svekkelse av andre kognitive funksjoner (for eks. abstraksjon, dømmekraft, tenkning, planlegging). Den kognitive svikten må influere på dagliglivets funksjoner: <i>Mild:</i> Påvirker daglige aktiviteter <i>Moderat:</i> Kan ikke klare seg uten hjelp fra andre <i>Alvorlig:</i> Nødvendig med kontinuerlig pleie og overvåking
II	Bevart bevissthet tilstrekkelig til å bedømme pkt. I
III	Svekket emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial atferd med en eller flere av følgende: (1) Emosjonell labilitet (2) Irritabilitet (3) Apati (4) Unyansert sosial atferd
IV	Varighet: 6 måneder eller mer

Tabell 1: Diagnostiske kriterier til demensutredning

Demens graderes vanligvis i tre stadier: mild, moderat og alvorlig grad av demens (Engedal & Haugen, 2017, s. 17). Ved mild grad av demens klarer de fleste å fungere i daglige gjøremål, men kan bli påvirket av redusert hukommelse. Når hukommelses- og språkevnen svekkes ytterligere sammen med redusert tid- og plassorientering, er pasienter i moderat grad i demens. Det er i denne fasen at de mister evnen til å mestre hverdagen og tar kontakt med helsevesenet. Ved mild og moderat grad kan pasienter fortsatt uttrykke seg verbalt. Men i alvorlig grad av demens er forverringen i kognitiv svikt i så stor grad at det er behov for kontinuerlig pleie. Derfor blir de lagt inn på helseinstitusjon hvor forsvarlig hjelp og pleie tilbys. I Norge er demens den hyppigste årsaken til innleggelse i sykehjem, og rundt 84 prosent av beboerne i sykehjem har demenssykdom (Strand et al., 2021).

2.2. Tvang

«Tvang er å gjøre tiltak som brukeren eller pasienten motsetter seg, eller tiltak som er så inngripende at en person normalt ville ha motsatt seg det» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 9-2).

Tvang er et tiltak som griper sterkt inn til den som er utsatt for det. For å sørge for at bruk av tvang overfor personer ikke blir urettmessig, blir tvang regulert i flere lover deriblant helse- og omsorgstjenesteloven §§9 (tvang overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning) og 10 (tvang overfor rusmiddelavhengige), psykisk helsevernloven, helsepersonelloven §7 (påtrengende nødvendig helsehjelp), smittevernloven §5, straffeloven §17 i tillegg til pasient- og brukerrettighetsloven §4A (nødvendig helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse) (Molven, 2019).

Ifølge Kirkevold et al. (2004, s. 980) er bruk av tvang i sykehjem vanlig. De som er mest utsatt er pasienter med demens med aggressive atferd og har nedsatt ADL-ferdigheter. Pasienter med demens er særlig utsatt på grunn av den reduserte kognitive funksjonen. Deres evne til å uttrykke seg og å forstå samt til å ivareta seg selv forsvinner, og de blir avhengige av hjelp fra andre.

Pbrl §4A ble innført i 2009 med formål å sikre at pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg, får nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade, og å forebygge og redusere bruk av tvang (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Hovedvilkåret i denne bestemmelsen er mangel på samtykkekompetanse. Det vil si at pasienten «åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter» jf. pbrl § 4-3 annet ledd. Det å vurdere pasientens samtykkekompetanse på en forsvarlig måte er et helt sentralt premiss i pbrl § 4 A. Men det er ingen enkel oppgave. Flere ansatte på sykehjem har lite kunnskap rundt vurderingen av pasienters samtykkekompetanse (Helsetilsyn, 2013, s. 10). Dette kan føre til at pasienter blir utsatt for ulovlig tvang, eller pasienter ikke får den helsehjelpen som trengs. Det er derfor lovpålagt at vurderingen skal foretas før hvert enkelte tilfelle av tvangsbruk før den kan iverksettes (Helsedirektoratet, 2008).

Det er et krav at tvang ikke kan brukes uten at det er forsøkt med tillitsskapende tiltak før tvangsinnngripen. Dette innebærer at helsepersonellet skal prøve å få pasienten til å forstå situasjonen og forsøke å yte den nødvendige helsehjelpen uten bruk av tvang. Som en del av tillitsskapende tiltak skal helsepersonell ta hensyn til individuelle forhold hos pasientene, og sykehjem skal ha nok kvalifisert personell og god ressurstilgang. Tillitsskapende tiltak kan bidra til at pasienten ikke motsetter seg helsehjelpen (Helsedirektoratet, 2008, s. 25; Grude, 2017, s. 219).

2.3. Menneskeverd

Grunnlovens § 92 ansvarliggjør den norske stat sitt ansvar å følge opp om verdiene som formidles gjennom menneskerettighetene gjennom å «respektere og sikre menneskerettighetene» - uten å skille mellom dem – både slik de er nedfelt i Grunnloven, og i henhold til bindende traktater (sitert i Aasen, 2014:150)». Grunnloven er også tuftet på prinsippet om «det ukrenkelige menneskeverdet» jf. Grunnlovas formålsparagraf (§2) (Jonassen & Da Silva s.13-15).

Herunder er fem av ni konvensjoner i FN's verdenserklæring for menneskerettigheter tatt inn i menneskerettighetsloven av 21. mai 99 (Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i

norsk rett) og inkorporert inn i norsk lov via ratifiseringen av traktatene (Jonassen & Da Silva s.12-15).

Videre fastslår og forutsetter FNs verdenserklæring om menneskerettigheter at menneskets verdighet er iboende og ukrenkelig og at alle mennesker tilkjennes en rekke universelle rettigheter. De er objektive, absolutte, ugraderbare og ukrenkelige (Jonassen & Da Silva s. 9-15 og s.34, 2018).

Grunnlova og FNs verdenserklæring inklusiv dens konvensjoner kan en dermed si ligger i bunn for all omsorgsutøvelse og må respekteres og overholdes. Samtidig må en også foruten å ivareta menneskerettighetene med tanke på omsorgsutøvelsen også ta i betraktning verdigheten.

Den subjektive verdigheten er foranderlig, graderbar og ulik i forhold til personen i motsetning til det objektive verdighetsbegrepet. Immanuel Kant bruker begrepet menneskets «iboende verdighet» om menneskeverdet eller menneskets «objektive verdighet. «Den er absolutt, uendelig, kan ikke erstattes med noe annet, ukrenkelig og ubetinget. Alle mennesker har den samme verdighet uavhengig av rase, kjønn, alder, helsetilstand, funksjonsnivå og kultur» (Jonassen & Da Silva, 2018, s.35-36). Det er isolert sett nok å være et menneske for at din verdi skal bli ivaretatt noe oppgaven videre vil belyse.

3. Metode

Metode er en tilnærming eller et verktøy for å kunne frembringe og etterprøve kunnskap, eller løse et problem (Dalland, 2017, s.51). Metoden skal redegjøres for, samt vise hvordan datainnsamlingen frem til problemløsningen systematiseres, slik at andre kan etterprøve arbeidet. I dette kapittelet blir valgt metode, søkeprosessen og analysen presentert og redegjort for.

Ifølge BSYBAC-emnebeskrivelsen skal oppgaven besvares ved å skrive en litteraturstudie innen sykepleierens virksomhetsområde. Det vil si at data til studien vår er hentet fra empiriske studier i form av vitenskapelige artikler.

Denne oppgaven er en integrativ litteraturstudie. Det krever at en presis og avgrenset problemstilling identifiseres ut fra et spesifikt område, og så besvares gjennom grundig litteratursøk, kritisk vurdering og tolkning av relevante data i en systematisk tilnærming (Friberg, 2015).

3.1. Litteratursøk

3.1.1. Valg av database og søkeord

En database er en samling dokumenter som inneholder forskjellige kilder. Det finnes databaser som kan gi ikke-faglige kilder, og derfor benyttet vi de akademiske databasene som vi har tilgang til gjennom UiS sitt bibliotek. For å finne frem de vitenskapelige artiklene som er relevante for vår oppgave, valgte vi å bruke disse tre databasene: CINAHL, en nyttig database som dekker sykepleiefaget, PubMed, den mest brukte databasen for helsepersonell, og Oria, UiS bibliotekets søkemotor.

Ved valg av søkeordene har vi benyttet oss rammeverket PICO for å gjøre problemstillingen vår presis og søkbar ved litteratursøking (Friberg, 2015, s.42). Hver av bokstavene i PICO har sin egen betydning:

PICO	Søkeord	Problemstilling
<i>P: Patient/Problem</i>	<i>Dementia</i> <i>Nursing homes, care homes,</i> <i>long-term care, aged facility</i>	Pasienter med demens i sykehjem
<i>I: Intervention</i>	<i>Coercion or restraint</i>	Bruk av tvang
<i>C: Comparison</i>		(Ikke tatt fordi vi sammenligner ikke tiltaket med et annet)
<i>O: Outcome</i>	<i>Human Rights</i>	Opprettholde menneskeverd

Tabell 2: PICO

For å få mest nytte av databasene bør en orientere seg om hvordan disse fungerer. Det finnes flere teknikker når man utfører søk i databaser (Friberg, 2015, s.72). I søkene våre brukte vi de boolske operatorene *AND* og *OR* mellom søkeordene. Vi brukte *OR* mellom *coercion* og *restraint* slik at vi får treff enten på *coercion* eller *restraint* eller begge. Det kan også brukes i søk på synonymer. Operatøren *AND* brukte vi mellom alle hoved-søkeordene for å få treff som dekker hele temaet, og avgrenset søkene våre ytterligere. Hvis det er flere ord i et uttrykk satt vi parentes rundt de søkeordene som hører sammen. Slik ble det i vårt søk: *(Human right) AND (restraint OR coercion) AND (nursing home) AND dementia*.

Gjennom litteratursøk har vi dokumentert søkehistorikken. Dette gjør at vi gjennomfører et mer effektivt søk og sørger for at søkeprosessen vår kan etterprøves. For øvrig vises til vedlegg 1: Søkelogg.

3.1.2. Valg av søkestrategier

I første omgang dukker det opp tusen treff gjennom søk i databaser. For å spisse resultatene og få mest av artiklene som er relevante for oppgaven vår blir inklusjons- og eksklusjonskriterier identifisert. Søkene våre er avgrenset til forskningsartikler som:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Publisert etter 2012	Arena utenfor sykehjem
Vitenskapelige artikler	Ikke empiriske studier
Fagfellevurdert	
Studier som er utført kun i Norge	
Skrevet på norsk eller engelsk	
Kun sykepleier/helsepersonells perspektiv	

Tabell 3: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Artiklene denne studien baseres på skal være maks 10 år gamle slik at vi får oppdatert og ny kunnskap om vårt tema. Det er også nødvendig at artiklene er fagfellevurderte for å sørge for at de empiriske studiene er godkjente pålitelige kilder. Vi ønsker å holde oss innen vårt teoretiske rammeverk som gjelder pasient- og brukerrettighetsloven §4A og derfor må forskningen være utført i Norge for å bli inkludert i vår oppgave. Søkene våre ble gjennomført på engelsk siden det ikke ble funnet flere relevante artikler på norsk. Det er flere norske fagmiljøer som publiserer internasjonalt og derfor skriver på engelsk.

3.1.3. Valg av artikler

Etter at vi har lest sammendragene og ønsker å vite mer om utvalgte artikler, leste vi fullteksten og gjennomgår igjen våre inklusjons- og eksklusjonskriterier. Dette er avgjørende om en artikkel bør inkluderes til vår studie. Vi sjekker artiklene om det følger IMRaD-strukturen (*Introduction, Methods, Results and Discussion*) (Dalland, 2017, s. 163). Ved utvelgelse av artikler vurderer vi først og fremst i hvilken grad litteraturen er relevant og om resultatene til hver artikkel er overførbare for å belyse vår hensikt. Vi valgte artiklene som er skrevet med sykepleier-perspektiv. Det er også viktig å vurdere datainnsamlingsmetoder som ble brukt. Det er noen studier som er ekskludert i utvalget vårt fordi det er ikke empiriske studier. Totalt ble det funnet 4 artikler som kunne være aktuelle for vår oppgave. En enkel oversikt over inkluderte artikler er vist i tabell 4.

Forfattere, årstall, tittel	Hensikt	Perspektiv	Metode	Søkemotor
Garden, M-H. & Hauge, S. (2012) Norge	Å utforske hvordan sykepleiere opplever bruk av tvang i hverdagslige situasjoner mot personer med demens	Sykepleier	Kvalitativt livsverden-design: Individuelle dybdeintervju	CINAHL
Jacobsen, F.F., Mekki, T.E., Førland, O., Folkestad, B., Kirkevold, Ø., Skår, R., Tveit, E-M., & Øye, C. (2017) Norge	Å undersøke hvilke faktorer som hindret tilrettelagt bevisstgjøring av personalet knyttet til tillitskapende tiltak basert på personsentrert omsorg.	Sykepleier	Mixed-method Kvantitativ tilnærming- Spørreskjema (Person-centered Care Assessment Toll) og (The General Nordic questionnaire for psychological and social factors at work) Kvalitativ metode- etnografisk feltarbeid, intervju, og refleksjonsnotat-analyse	CINAHL
Mortensen, A-H., Stojiljkovic, M., & Lillekroken, D. (2021) Norge	Å utforske helsepersonells opplevelse i møte med pasienter med demens som motsetter seg omsorg.	Sykepleier	Kvalitativ tilnærming: 3 Fokusgruppeintervjuer	Oria
Øye, C og Jacobsen, F.F (2020) Norge	Å undersøke hvilke uformelle tvangstiltak som brukes ved de fire sykehjemmene, og hvordan disse utføres og i hvilke situasjoner.	Sykepleier	Mixed metode: Kvalitativ: Etnografisk feltarbeid, intervju og observasjon Intervju (43 strukturert, og flere ustrukturert) Kvantitativ: Randomised controlled trail (RCT) ved valg av sykehjem	PubMed

3.2. Analyse

Analyseprosessen i denne studien er basert på Whittemore og Knafl (2005) og Friberg (2017) sine beskrivelser av analyse for litteraturstudier, som består av 4 trinn:

Første trinn i prosessen er *data reduction*. Vi samlet inn alle funnene fra de fire artiklene, og vurderte og tildelte en kode i form av tall til hvert enkelt datapunkt. Deretter grupperte vi kodene og kategoriserte det i mulige tema etter innhold og betydning. Vi gikk gjennom hver gruppe for å se om dataene innenfor hvert tema samsvarte med hverandre. Vi fortsatte med å identifisere hva som var til felles, slik at vi kunne reflektere og bestemme navn på temaet. Dette gjorde vi med alle gruppene og kom fram til fem kategorier.

Det neste trinnet er «*data display*». Dette gjorde vi ved å lage en tabell som ga god oversikt og struktur på hele datasettet.

Neste er «*Data comparison*» som betyr å se etter likheter og forskjeller i studiene ifølge Friberg (2017, s. 149). Ved grundig vurdering av dataene, identifiserte vi både mønstre og ulikheter på tvers av studiene.

Til slutt er det *conclusion and verification*. Det er dette trinnet som skiller integrativ litteraturoversikt fra allmenlitteraturgjennomgang (Friberg, 2017, s. 150). Det er denne fasen hvor man trekker ut en konklusjon ut fra de sammenstilte funnene.

4. Resultat

I de fire forskningsartiklene har vi (etter en analyse) delt opp resultatet i to hovedkategorier og fem underkategorier som besvarer hovedproblemstillingen vår. Under følger en oversikt av hoved- og de fem underkategoriene i en skjematisk tabelloversikt, tabell 5.

Hovedkategori	Underkategori
Sykepleierens rolle	-Individuell faglig vurdering -Kollektiv vurdering
Elementer som spiller inn	-Sykepleierens forståelse om/rundt demenssykdom -Sykepleierens kjennskap til pasienten -Sykepleierens usikkerhet om hva som er tvang

4.1. Sykepleierens rolle for å opprettholde menneskeverdet

Mortensen et.al mener at helsepersonell ikke bare må «reflektere over hva de gjør under pleieutøvelsen, men også over hvordan de yter omsorg og hvilken holdning de uttrykker gjennom sine handlinger dersom omsorgstilbudet skal oppfattes som å respektere eller krenke pasientens verdighet» (Arman & Rehnsfeldt, 2007, sitert i Mortensen et al., 2021. s. 487; egen oversettelse).

4.1.1. Sykepleierens individuelle faglige vurdering

Garden & Hauge (2012, s. 21) uttaler i artikkelen sin at demensomsorgen «ikke (har) en ensartet forståelse av hvordan man forstår pasienten i hverdagen og (dermed) mangler et felles utgangspunkt når pasientens individuelle behov skal vurderes og balanseres mot hverandre».

De argumenterer videre for at i «kampen for pasientens beste» oppstår det et spenningsfelt der sykepleieren på den ene siden prøver å gjøre det beste for pasienten (at pasienten skal se velstelt ut) i forhold til den andre siden hvor tvang må utøves hvis f.eks. pasienten motsetter seg dusjing.

I dette spenningsfeltet slites sykepleieren med egne følelser samtidig som de skal «innfri et faglig ideal om å gjøre det beste for pasientene med ressursene som er tilgjengelig.» Og i dette dilemmaet virker de «å gjennomføre handlinger som de mener er til pasientens beste». Garden og Hauge (2012, s. 20-21) konkluderer med at hva som egentlig er «pasientens beste» blir «opplevd som uavklart» av sykepleierne i studien.

Dette synet understøttes også i Mortensen et.al (2021) sin studie hvor deltakerne gav uttrykk for at de strevde med å finne den rette balansen mellom å bruke press og tvang samt respektere beboernes autonomi når de sier «nei». Det vil altså si når pasientene nekter å ta imot omsorg eller omsorgstilbud som hjelp til f.eks. dusjing. En slik situasjon medførte at helsepersonell måtte velge om de ville forbli og håndtere situasjonen eller forlate den og gi opp. Noen av deltakerne i studien ønsket ikke å bruke tvang, press eller manipulasjon og valgte å forlate situasjonen. Andre deltakere uttalte derimot at hvis de respekterte beboernes autonomi om å takke nei til omsorg, ville de unnlate å gi beboerne nødvendig omsorg. De valgte derfor å ikke gi opp og heller overtale beboeren. Fokusgruppe 3 uttalte videre:

We have to listen to them! If they do not want to, they don't want to. There is nothing to do about that(..)Maybe they want to shower next week, no one will die from not showering ...”

“P2 (breaks in): (..)I mean, there is a gap between the ideal of respecting what the resident wants and the consequences of this decision and that of knowing what he really wants. I think it is always difficult to know if they display resistiveness because they don't want to or because they don't understand.”

“P5 (continues): (...) Sometimes the person does not understand what is really happening ... so if you explain ... and try to explain again ... and then finally, he understands ... maybe ... “(s. 492-493).

Funnene i studien viser «at dersom helsepersonell respekterer beboerens autonomi og selvbestemmelsesrett, hindrer det dem i å gjøre jobben sin med å gi beboerne nødvendig omsorg» (s. 492-494, egen oversettelse).

En annen artikkel, av Øye & Jacobsen, belyser problematikken hvor de identifiserte fem ulike former for uformell tvangsbruk i norske sykehjem; avledning av beboernes oppmerksomhet, hvite løgner, overtalelse og mellommenneskelig press, tilbud og trusler. Personalet brukte bl.a. «uformell tvang» for å unngå fall, sjenanse, krangler og slåsskamper mellom beboerne samt bevare beboernes generelle sikkerhet og helse (2020, s. 199, egen oversettelse).

Artikkelforfatterne belyste et etisk dilemma personalet måtte løse ved å utøve en fortløpende vurdering av omsorgstiltak for å bevare verdigheten til beboerne. Ifølge dem og dens omsorgslogikk kunne en for å bevare beboerens verdighet og for å unngå skade, tilby beboeren det minst inngripende alternativet. I eksempelet hvor personalet lurte en beboer til å se i et fotoalbum mens de skiftet bleie fordi beboeren nektet å la seg vaske kan likevel gi utslag i en uheldig omsorgspraksis. Den samme form for omsorg kan forårsake skade og ydmykelse ovenfor beboeren. Men som de også påpeker avslutningsvis kan «uformell tvang» bli forstått som en mildere form for tvang enn lovlig tvang og derfor kan en slik bruk av «uformell tvang» bevare beboerens verdighet (Øye & Jacobsen, 2020, s. 199, egen oversettelse).

4.1.2. Kollektive vurdering

Sykepleieren har en selvstendig og individuell rolle i å sørge for at menneskeverdet til pasientene ivaretas i tillegg til at det (må) foretas en kollektiv vurdering (i institusjonssammenheng) som sikrer pasientene sitt menneskeverd.

Garden og Hauge (2012, s.20) belyser ulike faktorer i det kollektivet (institusjonen) som sykepleierne er en del av og opererer sammen med hverandre i det daglige. De tar opp hvordan personalets kunnskap, verdier og muligheter for fokusert tilstedeværelse, opplevelsen av tidspress og mestring indirekte kunne påvirke iverksettelsen av tvangstiltak.

F.eks. opplevde mange at avdelingens rammer fikk betydning for tvangsbruken i form av tidspress, arbeidspress og kompetansemangel. Opplevelsen av tidsmangel pga. et stort kollektivt pasientansvar de var pålagt, kunne påvirke atmosfæren i situasjonen og evnen til å gi individuell omsorg (Garden & Hauge 2012, s.20-21).

Flere sykepleiere fortalte om situasjoner der det var viktig med tilgjengelig kunnskap hos avdelingspersonalet rundt tvangsbruk da slik kunnskap om demens og erfaringer rundt lignende og tidligere situasjoner var viktig for å finne frivillige omsorgstiltak for beboerne. Når det manglet tilstrekkelig personal med kompetanse gav de også uttrykk for følelsen av å være «alene fordi det kunne være få ansatte med tilstrekkelig kunnskap om tiltak som kunne forebygge og erstatte tvangsbruk;

I og med at jeg er den eneste sykepleieren som er på avdelingen, så følte du litt at kunnskapsnivået var litt lavt» (Garden & Hauge, 2012, s.20).

Garden & Hauge (2012, s. 20-21) viste også til at det ifølge litteratur var en sammenheng mellom bruk av tvang og avdelingens størrelse. Dette fordi større pasientgrupper og for lite kunnskap om den enkelte kan gi sykepleierne «mindre spillerom for å forstå pasientens form for kommunikasjon og finne alternative løsninger».

I studien til Jacobsen et al. ble det belyst, etter et to-dager-seminarkurs, hvordan institusjonen kollektivt kan ivareta verdigheten til beboerne ved hjelp av «Tillitt framfor tvang». Kurset var fokusert rundt personsentrert omsorg og hvor beslutningene som skulle tas, ble foretatt i fellesskap av personalet forut bruken av tvang, for å unngå tvang hos demenspasienter. Etter seminarene økte bevisstheten med hensyn til å finne alternativer til bruk av tvang. Personalet kunne dermed gi solide argumenter for eller mot bruken av tvang i hver enkel situasjon (2017, s. 3, egen oversettelse).

Å diskutere saker i fellesskap var noe de ansatte satte pris på og verdsatte. Det kollektive samværet i eksempelet studien viste nytteverdien av å foreta vurderinger i fellesskap for å kunne ivareta en personsentrert omsorg (Jacobsen et al., 2017, s. 6, egen oversettelse).

Et annet interessant funn i samme studie var når de etter en kvantitativ og kvalitativ resultatdrøftelse viste at for å kunne ha størst suksessrate med implementeringen av personsentrert omsorg så spiller lederne og lederskapet en nøkkelrolle i selve opplæringen (implementeringen av beslutningsmodellen) (Jacobsen et al., 2017 s. 8-9, egen oversettelse).

4.2. Elementer

4.2.1. Sykepleierens forståelse om demenssykdom

Garden & Hauge (2012, s. 20-21) beskrev en nær sammenheng mellom ansattes tvangsbruk og pasientens aggresjon. Flere tenkte ulikt på hva som var pasientens beste og ulikt på demensdiagnosen i seg selv. Funn viser at sykepleierne tenker ulikt om personer med demens i forhold til deres behov og det har en sammenheng med hvordan de iverksetter ulike omsorgstiltak. Noen sykepleiere ser pasientens demenssykdom som et symptom på

hjerneorganiske forandringer og hvor den opprinnelige personen er «gått tapt» slik at det ikke er mulig å nå inn til personen. Da møter sykepleierne mest sannsynlig pasienten sin motstand mot omsorg med tvangstiltak. Hvis de tolker sykdommen på denne måten så er deres omsorgstiltak mer rettet mot «rutiner og struktur som strategier for å skape trygghet og forutsigbarhet i hverdagen og å opprettholde fysisk funksjon ved at pasienten så velstelt ut».

Andre sykepleiere så derimot demenssykdommen på som en tilstand hvor personen fortsatt var til stede, men at sykdommen medførte en «tildekning av personen». Det betyr at personen ble fratatt muligheten til å ha kontroll og selvbestemmelse. Deres omsorgstiltak bar da preg mot å unngå tvangsbruk. Omsorgstiltakene var da også mer rettet mot at pasientens psykiske velvære ble ivaretatt. Det innebar at sykepleierne er spesielt opptatt av pasientens følelsesmessige opplevelse når omsorgstiltaket skulle gjennomføres slik at pasienten fikk en god opplevelse av omsorgssituasjonen, noe sykepleierne uttrykte i studien (Garden & Hauge, 2012, s.20-21).

En deltaker i studien uttalte videre;

Det er viktig for meg at pasienter er stelt ... dusjet. Men meget viktig for meg er også at pasienter føler seg vel og ikke føler seg oversett, og at pasienter ikke har den følelsen at noen gjør ting mot viljen deres. Fordi de glemmer det som har skjedd om fem minutter, men følelsen sitter i kroppen! De husker at noe gikk feil, at noen gikk imot deres vilje, men de husker ikke hva det var. Men faktisk: dagen er ødelagt for den som blir presset, som blir tvunget (Garden & Hauge, 2012, s. 20).

I studien til Mortensen et al., (2021, s. 493) gav deltakerne uttrykk for å måtte endre sin tanke- og handlingsmåte når de møtte motstand fra beboerne. De måtte i større grad akseptere at de ikke alltid kunne forandre beboernes oppførsel fordi motstand mot omsorg var et «demenssymtom». Som en deltaker uttalte;

I am aware that it is nothing personal ... It is dementia that makes him refuse my help . . . otherwise he would cooperate. I had to say to myself several times that he would accept my help if he could understand what I say ... and I have to accept that I do not succeed every time ...

4.2.2. Sykepleierens kjennskap til pasienten

Garden & Hauge (2012, s.19) viser at når sykepleierne ble kjent med og følte seg knyttet til pasienten, økte deres forståelse og anerkjennelsen av pasienten sitt perspektiv. Sykepleierens kunnskap om pasientens identitet førte til forskjellige, kreative og individuelle tiltak som de fikk god respons på. Men i de situasjonene hvor sykepleierne opplevde at de ikke var i stand til å forstå pasienten eller situasjonene så endte de med tvang.

Et eksempel på et slikt kreativt tiltak ble beskrevet av Mortensen et al. (2021, s. 493) ved et tilfelle hvor en beboer nektet å dusje. Deltakeren begynte med å forklare noe hun visste beboeren var komfortabel med for så å sakte avsløre litt og litt informasjon mens hun førte beboeren gjennom situasjonen;

I start with the feet ... I know that he is familiar with this. I offer a footbath as the first step towards having a shower. He eventually agrees to take a shower when he sees that everything is as he wishes.

I studien til Øye & Jacobsen (2020, s. 194) gav personalet uttrykk for å kunne bruke sin personlige kunnskap for å få en beboer til å gjøre noe mot sin vilje. En ansatt sa videre ifølge studien at kjennskap til pasienten, i tillegg til bruk av tid og omsorg, kunne avlede tankene til en urolig pasient med hjemlengsel hvis den ansatte snakket om et felles emne begge kjente til. Den ansatte sa videre;

She is very restless, she asks all the time why she is here, and asks for her husband (...) and she tries all the time to get out of the nursing home, but if we sit down with her and hold her hand, or small talk with her, she becomes less restless.

og;

“We redirect the residents by gently speaking about their interests” (Øye & Jacobsen, 2020, s. 194,).

4.2.3. Sykepleierens usikkerhet rundt bruk av tvang

I studien til Øye & Jacobsen kom det fram at ved alle de fire sykehjemmene som deltok, brukte personalet uttrykket «gråsome-tvang» om tvang de selv mente ikke var regulert direkte av lovgiver. Personalet hadde ikke bare problemer med å identifisere hva som var tvang, men de

var også usikker og uenige om hva som var tvang regulert etter loven og hva som var god omsorgsetikk. De kom også ofte med kreative løsninger som kunne sikre beboernes sikkerhet og helse. Spesielt når det var travelt og de ikke hadde kapasitet til å lete etter og passe på rastløse og vandrende beboere (2020, s. 191-193, egen oversettelse).

For eksempel; *“Staff were unsure if the use of bedrails without patients’ consent is a form of restraint”* (Jacobsen et al., 2017, s. 6; Øye & Jacobsen, 2020, s.192).

En ansatt uttrykket også sin usikkerhet om det var tvang eller ikke tvang: *“Although it isn’t coercion or physical restraint, I am not sure that it is OK. (...) if I let him keep his dirty trousers, I don’t do my job!”* (Mortensen et al., 2021, s. 492).

Personalet identifiserte etter spørsmål om hva de oppfattet som uregulert tvang etter lovgivningen som følgende; luring, lokking, lyving, triksing, overtalelse eller gjøre noe imot beboerens uttrykte vilje (identifisert som uformell tvang i samme studie). Selv om disse teknikkene ble identifisert av personalet så ble bl.a. triksing, luring eller overtalelseteknikker funnet utøvd i det daglige av helsepersonellet noe eksempel under viste hvor de ansatte nevnte hvite løgner som en måte og få beboeren til å ta medisinen sin (Øye & Jacobsen, 2020, s. 193-195, egen oversettelse);

In order for me to get the residents to take their medication, I for instance can say that this is a nice glass of aqua vita, and I know that he used to love aqua vita. I know this is a way of tricking him to take his medication, even though I lie, don’t we all?

5. DISKUSJON

5.1. Metodediskusjon

5.1.1. Kildekritikk av artiklene

I denne integrative litteraturstudien har vi gjort en grundig vurdering i de fire forskningsartiklene etter inkluderingskriterier og relevans for vår problemstilling. To av artiklene benyttet kvalitativ metode og to artikler benyttet både kvantitativ og kvalitativ metode.

Ifølge Whittemore & Knafl (2005, s. 549) er det ingen gullstandard for kritisk vurdering om informasjonen i artikler samsvarer med deres formål. Det er vanskelig for å oss å vurdere artiklene siden vi er nybegynnere og ikke har relevante erfaringer med forskningsprosessen. Vi valgte derfor å vurdere hver artikkel i studien ved hjelp av «*Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie*». (Helsebiblioteket, 2016) som finnes i vedlegg 3.

De utvalgte artiklene hadde godt formulert formål. Studiene benyttet forskjellige kvalitative tilnærminger ved datainnsamling som er hensiktsmessig til deres problemstilling. De har belyst og beskrevet sykepleieres opplevelser ved bruk av tvang i sykehjem, meninger og observasjoner. Hvilken utforming som ble valgt var også gjort rede for. Garden & Hauge (2012) brukte kvalitativt livsverden-design fordi de ønsket å få innsikt i sykepleierens subjektive opplevelser ved bruk av tvang. For å utforske opplevelser og følelser anvendte Mortensen et al. (2021) et *explorative* design med et kvalitativt fokusgruppe-intervju.

Øye og Jacobsen (2020), og Jacobsen et al. (2017) brukte både kvantitativ og kvalitativ tilnærming. Disse to studiene er en del av en større forskning, *Modelling and Evaluating evidence-based Continuing Education programme in Dementia care (MEDCED)* som undersøkte 24 sykehjem i Vest-Norge. Vi bestemte oss å inkludere begge to artiklene fordi det bidrar til å belyse forskjellige sider ved vårt tema og gir oss innsikt og kunnskap om pedagogisk tilnærming og uformell tvang. Jacobsen et al. (2017) samlet inn kvantitativ data fra to spørreskjema, P-CAT (*Person-centered Care Assessment Tool*) og QPS-Nordic (*The General Nordic questionnaire for psychological and social factors at work*) for å måle effekten av et seminar og personalets oppfatning av ledelse. Etter vurdering mente vi at anvendt kvantitativ

metode i studien til Jacobsen et al. (2017) har vært tilfredsstillende for å belyse hensikten og besvare problemstillingen deres.

5.1.1.1. Forfattere

Vi undersøkte forskernes faglige bakgrunn og fant ut at de har erfaring og kompetanse til å utføre forskning innen vårt tema. De fleste har erfaring i demensomsorg mens andre er også forskere. Alle artiklene i denne oppgaven benytter kvalitativ metode til datainnsamling og derfor er kvaliteten til dataene avhengige av hvilke ferdigheter forskerne har. Forfatteres erfaringer og interesser kan også påvirke data-analyse og kan utforme forskningsprosessen (Aveyard, 2010, s. 111).

5.1.1.2. Informanter

Informanter på tvers av artiklene inkludere sykepleiere, helsefagarbeidere, og assistenter. Alle hadde jobbet i demensomsorg i sykehjem minst i to år og hadde minst 50% stilling. Det kunne ha vært en styrke i vår studie om det var kun sykepleiere, fordi vi ser på sykepleieres perspektiv. Men det må tas i betraktning at det er en del helsefagarbeidere som jobber på sykehjem, med relevant erfaring vi kunne benytte oss av. Ledere som er inkludert i studien til Jacobsen et al. (2017) er også sykepleiere. Antall deltakere og omfanget av utvalget til studiene er tilstrekkelig, mener vi.

Vi valgte å inkludere Garden og Hauge (2012) på tross av at det var kun 8 sykepleiere som deltok i studien deres. Dette fordi forfatterne skrev at det var samtalenes dybde og ikke antall deltakere som var viktigst. Vi er enige i den betraktningen fordi vi fikk med oss gode data og fant ut at denne artikkelen ble brukt som kilde av andre forskningsartikler.

5.1.1.3. Etske overveielser

Studiene som lå til grunn for artiklene har blitt etisk vurdert og er godkjent av etiske komiteer. Alle informanter hadde mottatt informasjon om studien og samtykket til deltakelsen. Deres rettigheter i form av anonymitet og frivillighet ble også ivaretatt.

5.1.1.4. Datainnsamling

All datainnsamling i studiene, i form av individuelle intervju, fokusgruppe-intervju, observasjon, feltarbeid og spørreskjema, foregikk på informantenes arbeidssted. Ulikheten av datainnsamlingsmetoder opplevdes som forvirrende for oss i begynnelsen. Det gjorde sammenligningsgrunnlaget av dataene vanskelig. Men etter grundig lesing viste det seg at artiklene tydelig beskrev hvordan datainnsamlingen ble gjennomført, samt hvilke tilnærminger som ble valgt. Vi mener at en slik datavariasjon i bakgrunn kan gi et større bilde av sykepleiernes meninger og opplevelse ved bruk av tvang i sykehjem. Analyse av dataene var også beskrevet i hver artikkel og det ble gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført. Funnene i hver artikkel er også klart presentert. Det er samsvar mellom konklusjon og resultater.

5.1.1.5. Land/Arena

All forskningen er utført i Norge. Det er et kriterium for vår oppgave på grunn av særnorsk lovgivning og retningslinjer. Det anser vi som en styrke for denne oppgaven fordi det belyser ny kunnskap som kan bidra til utvikling og læring under norske forhold.

5.1.2. Egen gjennomførelse

Vår tidligere erfaring med systematisk litteratursøk i databaser er begrenset. Vi så på anbefalte *youtube*-videoer om søketeknikker i ulike databaser og var på søkekurset arrangert av emneansvarlig og bibliotekar. Vi brukte en god del tid på å bli kjent med databasene og å søke litteratur systematisk. Selv om vi prøvde å utarbeide en systematisk metode etter beste evne er det fare at oppgaven har svakheter ved litteratursøk, valg av artikler, og i forbindelse med analyseprosessen.

Vi syntes at analyseprosessen var krevende. Vi hadde en oppfatning at dette skyldes vår utilstrekkelige erfaring i å analysere og sortere data fra artiklene. Vår subjektive forståelse og

perspektiv om temaet fra erfaring på praksis og jobb kunne også påvirke både analyse og tolkning av resultatene.

Gjennom hele arbeidet så har vi vært oppmerksomme på problemstillingen og hensikten med oppgaven. Det har vært nødvendig å avgrense omfang av tema pga. tidshorizonten på oppgaveskrivingen og oppgavens maksimale lengde. Pasientperspektiver er ikke inkludert i oppgaven. Det kan være en svakhet da problemet i hele dets bredde ikke er fanget opp.

5.2. Resultatdiskusjon

Resultatet vi fant var todelt; Den ene er de etiske utfordringer sykepleierne individuelt møter og deres dilemma med bruk av tvang ovenfor demenspasienter på sykehjem. Det andre er hvordan de best ivaretar menneskeverdet under tvangsutøvelse og hvordan overordnende systemtiltak satt i regi av ledelse som et større organisasjonstiltak hever både kompetanse og reduserer usikkerheten til de ansatte over tid.

5.2.1. (Problemet med) tvangsbruk og etiske dilemmaer

Tvang i seg selv er veldig krenkende og en bør tilstrebe at den unngås, men det betyr heller ikke at en ikke ivaretar menneskeverdet når tvang faktisk iverksettes. Spesielt gjelder dette når «nødvendig helsehjelp» som må utføres etter pbrl § 4A-3,2.ledd b) (Smebye & Johnsen, 2020, s. 257-259).

Spørsmål som oppstår for personalet er: skal en utføre tvang eller ikke? Skal en lukke øynene og utføre en eventuell «gråsonetvang» for å ivareta verdigheten?

Garden & Hauge (2012), Mortensen et al. (2021), Øye & Jacobsen (2020) og Jacobsen et al. (2017) identifiserer alle bruk av tvang som et (personlig) dilemma hvor sykepleieren selv må identifisere og vurdere om tvangen er hensiktsmessig og lovlig altså skillet mellom formell og uformell tvang («gråsonetvang»).

5.2.1.1. *Uformell tvang*

Øye & Jacobsen (2020) identifiserte fem ulike former for tvang ved norske sykehjem: avledning av beboernes oppmerksomhet, hvite løgner, overtalelse og mellommenneskelig press, tilbud og trusler. Disse formene for «uformell tvang» ble brukt for å unngå fall, sjenanse, krangler og slåsskamper mellom beboerne samt bevare beboernes generelle sikkerhet og helse på sykehjem. Det ble stilt spørsmål om hva personalet oppfattet som uregulert tvang etter lovgivningen hvorpå de nevnte luring, lokking, lyving, triksing, overtalelse eller gjøre noe imot beboerens utrykte vilje. På tross av denne erkjennelsen fra personalet ble det videre avdekket at de likevel benyttet triksing, luring eller overtalelseteknikker i det daglige (s. 199, egen oversettelse).

Øye & Jacobsen (2020) belyste et etisk dilemma personalet måtte løse ved å vurdere omsorgstiltakene fortløpende for å bevare verdigheten til beboerne. Artikkelforfatterne argumenterer med at for å unngå å skade og samtidig ivareta beboerens verdighet må en «bruke det minst inngripende alternativet» (s. 199, egen oversettelse).

Det samme uttrykker Smebye og hun argumenterer for at helsehjelp gitt ved bruk av tvang må være etisk og faglig forsvarlig, og en må alltid forsøke «å løse situasjonen med minst mulig bruk av tvang». Smebye mener at gjennomføringen må skje på en så skånsom måte som mulig, nettopp for å ivareta «pasientens integritet og menneskeverd (som må respekteres)» jf. også pbrl § 4 A-3 (2020, s.259-260).

I eksempelet hvor personalet lurte en beboer til å se i et fotoalbum mens de skiftet bleie fordi beboeren nektet å la seg vaske kan likevel gi utslag i en uheldig omsorgspraksis. Den samme form for omsorg kan forårsake skade og ydmykelse ovenfor beboeren (Øye & Jacobsen, 2020, s. 199, egen oversettelse). Det er veldig krenkende med «lureri», (Tretteteig, 2017, s. 234), men pasientens fysiske og psykiske velvære ble ivaretatt på en mindre inngripende måte.

Men som Øye & Jacobsen (2020) også påpeker avslutningsvis kan «uformell tvang» bli forstått som en mildere form for tvang enn lovlig tvang og derfor kan en slik bruk av «uformell tvang» bevare beboerens verdighet (s. 199, egen oversettelse).

5.2.1.2. Formell tvang og like dårlige handlingsalternativer

I refleksjonen over et etisk dilemma må en, i dette tilfellet sykepleieren, finne mulige handlingsalternativer som kan løse problemet på en etisk forsvarlig måte. Det etiske problemet og dilemmaet er ubehagelig å stå i fordi de krever en handling uten at en vet hva en skal gjøre, samtidig som konsekvensene blir store samme hva en gjør (Aadland, 2018, s. 43).

Eksemplifisert under av en deltaker sin uttalelse:

I find it difficult ... but sometimes you have situations ... with... stool, for example... where you have no choice... and then it is difficult... As an employee you don't have any protection. And it is like ... I have to take you into that shower because you have stool from the chest and down! You just have to give the resident a shower ... So, then you coerce in a way, and you should not do that. Coercion is prohibited..... This is a situation where you just must! Even if you know that the resident really does not want to take a shower. However, if you know that the resident is happy in the end, when you are done, then it is easier for me to employ a light coercion (laughter) ... But it is difficult when you are in that situation, where you have to find a solution and maybe it is not coercion, but it is... a bit on the border, because you do something you should not... but you see no other solution there and then... Or as one of the participants simply summarized 'The ends justify the means (Mortensen et al., 2021, s. 491).

Uttalelsen illustrerer det etiske dilemmaet sykepleierne møter når de vil ivareta pasienten sitt menneskeverd og verdighet, men samtidig føler de ikke kan bruke tvang fordi de enten a) er usikre på om det i det hele tatt er tvang eller om b) tvangen i seg selv ivaretar menneskeverdet.

Det er ikke alltid hensiktsmessig å minimere eller ikke utføre tvang for de tilfellene hvor tvang faktisk er nødvendig for å ivareta menneskeverdet. I eksempelet ovenfor, med en pasient som er innsmurt i avføring uavhengig av samtykkekompetansens grad, ville det være uansvarlig å ikke utføre stell. Noe annet ville vært en krenkelse av deres verdighet og menneskeverd.

5.2.1.3. Avveining av velgjørhetsprinsippet opp mot autonomiprinsippet

Garden & Hauge (2012) og Mortensen et al. (2021) viser to av de nevnte prinsippene som sykepleierne er bundet av, velgjører- og autonomiprinsippet, er i konflikt med hverandre. Fordi deltakerne i studiene måtte velge mellom å bruke tvang for å gi omsorg og ivareta pasientens hygieniske tilstand veid imot pasientens autonome rett til å si nei til omsorg. Det er vanlige

og noen ganger motstridende prinsipper som sykepleier kan møte på i forbindelse med tvangsutøvelse.

Tvangen i seg selv er todelt i forhold til problemstillingen når det gjelder og ivareta pasientens verdighet. Det ene er å passe på at verdigheten ivaretas når tvangen utøves, men det å unngå å bruke tvang så langt det lar seg gjøre ivaretar også verdigheten. Dette fordi tvangen ikke trengs å iverksettes og det og ikke bruke tvang i seg selv er også med på å opprettholde verdigheten.

5.2.2. Løsningen med bruk av tvang og hvordan en minimere tvangsbruken

Tvang er i utgangspunktet et viktig verktøy for helsepersonell i visse situasjoner, for å utføre helsehjelp i ulike former etter pbrl. § 4A-3 og forut tvangen skal de ha forsøkt å minimere den ref. ordlyden i bestemmelsen «tillitsskapende tiltak må ha vært forsøkt» (Smebye & Johnsen, 2020, s. 258-259).

Hva som er «tillitsskapende tiltak» jf. pbrl §4A-3 blir av Grude (2017, s. 219) definert «helhetlig tenkning med gode miljøtiltak, at personalet kjenner pasientene, (..) får veiledning og oppfølging, (..) har tilstrekkelig tid til pasientene og det er et nært samarbeid med pårørende». Kjennskap er viktig som et godt miljøtiltak for å minimere tvang.

For å minimere tvang slik at pasienten selvbestemmelse opprettholdes må en sørge for at pasienten (eller pårørende) kan; samtykke til behandling jf. pbrl § 3-2, gi pasient og eller pårørende nok informasjon som er tilpasset deres forutsetninger (retten til informasjon) jf. § 4-1 (samtykke) og (bruker)medvirkning jf § 3-1 rundt avgjørelser og beslutninger rundt sin egen helse. Hvis pasienten med demens ikke får bli med på forskjellige beslutningsprosesser kan det resultere i utagerende adferd som i ytterste konsekvens leder opp til tvangsbruk (Smebye & Johnsen, 2020, s, 235-236).

5.2.2.1. Pasientsentrert omsorg

I tråd med de tillitsskapende tiltak ref. avsnittet ovenfor som personalet skal gjennomføre for å minimere tvangsbruken eller før tvangen kan iverksettes har Helsedirektoratet (2020) laget retningslinjer om demens i en veileder. Den anbefaler og beskriver hvordan virksomheter som

ytter helse- og omsorgstjenester skal legge til rette for personsentrerte tjenester og hvordan pasienter med demensdiagnose får ivaretatt sine individuelle rettigheter (både preferanser og behov). Veilederen peker på personsentrert omsorg og behandling som en ideell tilnærming ved demensomsorg (Helsedirektoratet, 2020; Tretteteig & Røsvik, 2017, s. 227).

Kitwood mener personsentrert omsorg handler om å se på mennesket som et unikt individ hvor pasienten med demensdiagnose skal sees på som en person med unike «følelser, rettigheter, ønsker og en livshistorie som preger personen, slik som før vedkommende fikk demens» (Kitwood et al., 2013 sitert i Tretteteig & Røsvik, 2017, s. 227-230). Det viktige er å se den helhetlige personen utfra en fortidskontekst før sykdommen debuterte.

En person med demensdiagnose vil ha en virkelighetsforståelse som ikke samsvarer med sine omkringliggende omgivelser på grunn av sin kognitive svikt. For å møte vedkommende på sine egne premisser må behandleren sette seg inn i personens virkelighet og anerkjenne den for å møte «hans eller hennes opplevelser på en hensiktsmessig måte» (Rokstad, 2020, s. 56; sitert i Brooker og Surr 2005).

De grunnleggende og etiske normene rundt pasientsentrert omsorg innebærer respekt for pasienten sin iboende verdi, selv om pasienten har svekkelse i sine kognitive evner og kapasitet (Helsedirektoratet, 2020, s. 15).

En annen utfordring med demensomsorg er vanskeligheter rundt å tolke, forstå adferd, kommunisere eller analysere hva pasienten ønsker på grunn av hans/hennes kognitive svikt. Hvis sykepleieren kjenner vedkommende veldig godt og har inngående detaljkunnskap i pasientens liv, herunder døgnrytme, bevegelsesmønstre, kommunikasjonsevne, livshistorie, yndlingsmat, aggresjonstriggere m.v. vil det være lettere for sykepleieren å ivareta pasientens helhetlige behov. Både de sosiale, fysiske, psykologiske og åndelige. Dette øker pasientens livskvalitet ut fra deres funksjonsnivå og sine ressurser (Rokstad, 2016).

Enkelte situasjoner som innebar tvang, kunne ha vært unngått om helsepersonell hadde vært flinkere med kommunikasjon og alliansebygging ovenfor pasienten. Valg av riktig ord, timing, hastighet og tempo, toneleie, dialekt og det emosjonelle klimaet kan muligens spille inn i å redusere tvang (Wogn-Henriksen, 2020, s.100).

I de tilfellene sykepleierne etablerte en relasjon og følte de fikk en tilknytning til pasienten og deres identitet (inkludert anerkjennelse av pasientens perspektiv), fikk de god respons på ulike

kreative og individuelle tiltak som ble iverksatt. Men motsatt når sykepleier ikke var i stand til å forstå pasienten eller situasjonen endte det opp med tvang (Garden & Hauge, 2012, s. 19).

Mortensen et.al (2021, s. 493) viser et godt eksempel som understøtter teorien ovenfor rundt alliansebygging og kommunikasjon. Det ble benyttet et kreativt tiltak for en pasient som ikke ville dusje;

I start with the feet ... I know that he is familiar with this. I offer a footbath as the first step towards having a shower. He eventually agrees to take a shower when he sees that everything is as he wishes.

Når sykepleieren har inngående kunnskap om demenssykdom, dens symptomer og hvordan symptomene utvikler seg hos pasienten i løpet av sykdomsutviklingen vil det være enklere for han eller henne å identifisere andre problemer pasienten prøver å antyde gjennom sine symptomer (Tretteteig & Røsvik, 2017, s. 227).

F.eks. vil en pasient med mild til moderat demens kunne gi konsistente og pålitelige verbale tilbakemeldinger i forbindelse med dagligdagse valg, mens personer med alvorlig demens kan uttrykke meningene sine gjennom kroppsspråket (Smebye & Johnsen, 2020, s. 236). Samtidig kan aggressiv og voldelig adferd enten være et tegn på motstand, eksplisitt eller implisitt "nei" til omsorg eller et somatisk symptom som smerte, sult, obstipasjon, UVI e.l. (Rokstad, 2020, s. 207- 209)

Personsentrert omsorg og behandling vil for pasienter med demensdiagnose kunne opprettholde deres personlige autonomi gjennom demensforløpet. Nivået av selvbestemmelse vil reduseres, men det er ikke i veien for å finne alternative løsninger som ivaretar deres muligheter til å utøve ønskede aktiviteter m.v. «Bruk av pårørende, deres sosiale nettverk, ulike interesse- og brukerorganisasjoner, frivillige, samt helse- og omsorgssektoren, er sentrale aktører som kan sørge for at de psykososiale behovene til personer med demens i størst mulig grad vil kunne ivaretas» (Helsedirektoratet, 2020, s. 6).

5.2.2.2. Pleiekultur med pasientsentrert omsorg

Kompetanseutvikling hvor ansatte utvikler felles verdier, holdning og arbeidsmetoder er viktig i opplæringen av personsentrert omsorg. Alle ansatte må på et organisatorisk nivå ha opplæring

i personsentrert omsorg og det må skje i regi av systematisk forbedringsarbeid. I arbeidet må det finnes rutiner for kompetanseutvikling så vel som evaluering av kvaliteten på tjenestene som virksomheten skal levere. For å lykkes i personsentrert omsorg vil den viktigste faktoren være om personalet har kompetanse og støttes opp om og under i arbeidet sitt (Rokstad, 2020, s. 61).

I studien til Jacobsen et al. (2017) hvor deltakerne hadde vært på et to-dagers seminar kurs for alle ansatte og ledere på sykehjemmet ble det iverksatt en beslutningsmodell de kalte for «Tillitt fremfor tvang». Kurset satte søkelys på personsentrert omsorg hvor alle beslutninger som skulle tas, ble gjort i fellesskap sammen av personalet, før tvang kunne iverksettes. Dette for å unngå tvang ovenfor pasientene med demensdiagnose (s. 3, egen oversettelse).

Diskusjoner og refleksjoner gjort i fellesskap gav de ansatte økt innsikt ifra kollegaene så vel som pasienten sitt ståsted;

Since we were all there sitting together, we discussed and listened to each other. It is very important to listen to your colleagues' experiences and learn from them, then you start thinking before you enter a resident room and then you are able to see the situation from the patients' point of view (Jacobsen et al., 2017, s.6).

5.2.2.3. Ledelse

Faglig utvikling og kompetanseheving er viktig for de ansatte å kunne utføre arbeidet sitt faglig forsvarlig. Spesielt ledelsesperspektivet satt i sammenheng med den personsentrerte omsorgen vil kunne ha positiv innvirkning for personalet. Det er leder sitt ansvar overfor den enkelte ansatte å gi relevant opplæring, videre- og etterutdanning. Dette understrekes av Rokstad som mener lederen har et «særlig ansvar for å tilse at virksomheten drives etter faglige, etiske og lovpålagte føringer» (Helsedirektoratet, 2020, s. 12-13; Rokstad, 2020, s. 61).

Samme synspunkt finner en støtte for i Jacobsen et al. (2017, s. 8-9). Det ble også understreket her at for å ha den beste suksessraten med implementering av personsentrert omsorg i virksomheten vil lederskapet spille en nøkkelrolle både i selve opplæringen, men også i innføringen av beslutningsmodellen hos virksomheten.

Avslutningsvis og oppsummert vil en kombinasjon av god kunnskap om demenssykdom og en inngående kjennskap om pasienten i en pleiekultur med personsentrert omsorg kunne bidra til

5147 + 5286

å behandle pasienten på best mulig måte. Dette kan forsterke pasientens brukermedvirkning, ivareta samtykkekompetansen og bidra til å unngå tvangsbruk. Tvangsbruk er uunngåelig, men menneskeverdet blir ivaretatt når alle de tillitsskapende tiltakene iverksettes før tvangsbruk.

6. Anvendelse i sykepleiepraksis/avslutning

Etter de yrkesetiske retningslinjene til NSF (Norsk Sykepleierforbund) så skal sykepleieren ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet ved å gi helhetlig omsorg. Artikkene som bacheloroppgaven har tatt opp og som etter vedlagt analyse viser oss at pasientsentrert omsorg i demensomsorgen er et sentralt begrep som i nyere tid har fått fornyet oppmerksomhet.

Å forankre god pleiekultur i organisasjonen og på sykehjemmene kombinert med oppfølging av de ansatte er i tråd med systematisk forbedringsarbeid. Det bidrar til at pasientens restevne og ressurser blir maksimert under sykdomsforløpet.

Vi mener og anbefaler følgende tiltak som de mest sentrale i å lykkes med pasientsentrert omsorg og da også å minimere tvangsbruk og bruke tvang riktig når det først må benyttes:

- Bevisstgjøring og økt fokus av tillitsbaserte tiltak gjennom seminar, kurs og annen kompetansehevende opplæring
- Refleksjonsgrupper i felleskap med både ansatte og ledere til stede
- Ledelsesbasert oppfølging i organisasjonen slike at ansatte har relevant opplæring og kurs samt sørge for at arbeidsmiljø har en pleiekultur med pasientsentrert omsorg.

Referanse

Artikler

- Garden, M. H., & Hauge, S. (2012). Kampen for pasientens beste—sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang over for personer med demens. *Vård i norden*, 32(4), 18-22. <https://doi.org/10.1177/010740831203200405>
- Jacobsen, F.F., Mekki, T.E., Forland, O., Folkestad, B., Kirkevold, Ø., Skar, R., Tveit, E.M., & Øye, C. (2017). A mixed method study of an education intervention to reduce restraint and implement person-centered dementia care in nursing homes. *BMC Nursing*, 16. <http://dx.doi.org/10.1186/s12912-017-0244-0>
- Kirkevold, Ø., Sandvik, L., & Engedal, K. (2004). Use of constraints and their correlates in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*. 19(10), 980-988. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1002/gps.1197>.
- Mortensen, A.H, Stojiljkovic, M., Lillekroken, D. (2021). Strategies to manage cognitive dissonance when experiencing resistiveness to care in people living with dementia: A qualitative study. *Journal of advanced nursing*, 78(2), 486-497. <https://doi.org/10.1111/jan.15030>
- Pedersen, R., Hem, H.M., Gjerberg, E., & Førde, R. (2013). Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. 133(18), 1935-1939. doi:10.4045/tidsskr.13.0237.
- Whittemore, R. & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing* (52)5, 546-553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
- Øye, C., & Jacobsen, F. F. (2020). Informal use of restraint in nursing homes: A threat to human rights or necessary care to preserve residents' dignity? *Health*, 24(2), 187-202. <https://doi.org/10.1177/1363459318800175>

Bok

- Aadland, E. (2018). *Etikk i profesjonell praksis*. Det Norske Samlaget.
- Aveyard, H. (2010). *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A practical guide*. (2.utg.). Open University Press.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg.). Gyldendal Akademisk.
- Engedal, K. & Haugen, P.K. (2017). Hva er demens. I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka: Lærebok for helse- og omsorgspersonell*. (2. utg., s. 13-38). Tønsberg. Forlaget Aldring og Helse.
- Friberg, F. (Red.). (2017). *Dags för uppdats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3.utg.). Studentlitteratur AB.
- Grude, P. (2017). Lover, forskrifter og organisering av tjenester. I S. Tretteteig (Red.). *Demensboka: Lærebok for helse- og omsorgspersonell*, (2. utg., s. 199-223). Forlaget Aldring og Helse.
- Helsetilsynet (2013). *Tvil om tvang: Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 og 2012 med tvungen helsehjelpen til pasienter i sykehjem*. https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/Publikasjoner/rapporter2013/helsetilsynetrapport5_2013.pdf/
- Jonassen, K. R. & da Silva, A. B. (2018). *Menneskeverd i helse og omsorgstjenesten- begrunnelse og forutsetning*. Alfa-Beta-Sigma-Norway & forfatterne.
- Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (6 utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Polit, D. & Beck, C.T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (10.utg.). Wolters Kluwer.
- Rokstad, A. M. M. (2020). Personsentrert omsorg. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.). *Personer med demens: møte og samhandling* (s. 51-71). Forlaget Aldring og Helse.

Skovdahl, K & Berentsen, V. D. (2014). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg., s. 408-434). Oslo. Gyldendal Akademisk.

Smebye, K. L. & Johnsen, L. (2020). Selvbestemmelse og Tvang. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.). *Personer med demens: møte og samhandling* (s. 234-265). Forlaget Aldring og Helse.

Tretteteig, S. & Røsvik, J. (2017). Personsentrert omsorg. I S. Tretteteig (Red.). *Demensboka: Lærebok for helse- og omsorgspersonell*, (2. utg., s. 227-240). Forlaget Aldring og Helse.

Nettsider

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet 1. april 2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>.

Helsedirektoratet. (2008). *Lov om pasientrettigheter kapittel 4 A- Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen*. (IS- 10/2008) [Rundskriv]. Helsedirektoratet. <https://lovdata.no/static/ROO/is-2008-0010.pdf>

Helsedirektoratet. (2020, 3. januar). *Demens: Nasjonal faglig retningslinje*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>

Norsk Sykepleierforbund. (u.a.). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet i 1. mai 2022 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Strand, B.H., Vollrath, M., & Skirbekk, V. F. (2021, 23. februar). *Demens*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>.

Lover

Grunnlova. (1814). *Kongeriket Norges Grunnlov*. LOV-1814-05-17.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17-nn?q=grunnloven>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5#KAPITTEL_5

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*
 (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>.

Menneskerettsloven. (2014). *Lov om styring av menneskerettighetenes stilling i norsk rett.*
 (LOV-1999-05-21-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30?q=menneskerettighetsloven>

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?q=pasient%20bruker>

Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.*
 (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62>

Smittevernloven. (1994). *Lov om vern mot smittsomme sykdommer.* LOV-1994-08-05-55.
 Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1994-08-05-55>

Straffeloven. (2005). *Lov om straff.* (LOV-2005-05-20-28). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/2005-05-20-28>

Konvensjon

FN: Verdenserklæringen, 1948. <https://lovdata.no/pro/traktat/1948-12-10-501>

Vedlegg

Vedlegg 1: Søkelogg

Søkedato	Søknnummer	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
14. 3. 22	1	Cinahl	S1 AND S2 AND S3 S1: Coercion OR Restraints S2: Dementia S3: Nursing Homes OR Care homes OR Long-term care OR Aged care facility	Avgrenset til: - Artikler - Fagfellevurderte tidsskrift - 2012-2022 - Europe	13	7	4	2
20.3.22	2	PubMed	(Human Right) AND (Restraint OR Coercion) AND (Nursing Home)	- 2012-2022 - Engelsk - Har abstract tilgjengelig	9	5	3	1
22.3.22	3	Oria	Human Right, Dementia, Restraint, Nursing Home, Coercion	Sprak: Engelsk Utgivelsesdato: Siste 5 år (2017-2022); Emne: Nursing Homes, Dementia, Nursing Home – Ethics, Nurses	15	8	6	2

Vedlegg 2: Litteratormatrise

Forfatter(e), Årstall Tidsskrift Land	Artikkeltittel	Hensikten med studien	Perspektiv	Metode og analyse	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/resultater	Kvalitetsvurdering inkludert etiske overveielser
Frode F. Jacobsen, Tone Elin Mekki, Oddvar Førland, Bjarte Folkestad, Øyvind Kirkevold, Randi Skår, Eva Marie Tveit og Christine Øye (2017), BMC Nursing, Norge	A mixed method of study of an education intervention to reduce use of restraint and implement person-centered dementia care in nursing homes	Å undersøke hvilke faktorer som hindret tilrettelagt bevisstgjøring av personalet knyttet til tillitsskapende tiltak basert på personsentrert omsorg.	Sykepleier	Mixed-method Kvantitativ tilnærming- Spørreskjema (<i>Person-centered Care Assessment Toll</i>) og (<i>The General Nordic questionnaire</i>) Kvalitativ metode- etnografisk feltarbeid, intervju, og refleksjonsnotat-analyse	Spørreskjema: 349 helsepersonell fra 24 forskjellige sykehjem Kvantitativ tilnærming: 28 sykepleier, 1 vernepleier, 1 assistent ergoterapeut, 19 helsefagarbeider, og 4 assistenter fra 6 sykehjem	Personellet anvender personsentrert omsorg etter intervensjonen (seminar). Ledelse spiller en stor rolle når det gjelder en vellykket implementasjon av intervensjonen. Personalet kunne komme med konkrete argumenter om bruk av tvang etter intervensjonen.	Studien er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

Forfatter(e) Årstell Tidsskrift Land	Artikkeltittel	Hensikten med studien	Perspektiv	Metode og analyse	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/resultater	Kvalitetsvurdering inkludert etiske overveielser
May-Hilde Garden og Solveig Hauge (2012) Vård i Norden, Norge	Kampen for pasientens beste- sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens	Å utforske hvordan sykepleiere opplever bruk av tvang i hverdagslige situasjoner mot personer med demens	Sykepleier	Kvalitativt livsverden-design: Individuelle dybdeintervju	8 sykepleiere fra 8 forskjellige kommuner i 3 fylker, som arbeider med personer med demens i sykehjemsavdelinger	Sykepleierne opplevde både skyld, skam og sinne i forbindelse med bruk av tvang. Sykepleierens holdning og evne til å nå og forstå pasientens i hverdagen påvirket bruk av tvang.	I samsvar med Helsinki-deklarasjonens etiske forskningsprinsipper. Undersøkelsen er meldt til og godkjent av personvernombudet ved Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste.

Forfatter(e) Årstell Tidsskrift Land	Artikkeltittel	Hensikten med studien	Perspektiv	Metode og analyse	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/resultater	Kvalitetsvurdering inkludert etiske overveielser
Christine Øye og Frode F Jacobsen (2020) Sage Journals, Norge	Informal use of restraint in nursing homes: A threat to human rights or necessary care to preserve residents' dignity?	Å undersøke hvilke uformelle tvangstiltak som brukes ved de fire sykehjemmene, og hvordan disse utføres og i hvilke situasjoner.	Sykepleier	Mixed metode: Kvantitativ: Randomised controlled trail (RCT) Kvalitativ: Etnografisk feltarbeid, intervju og observasjon Intervju (43 strukturert, og flere ustrukturert)	RCT: 4 sykehjem Intervju: 5 avdelingsledere som er sykepleiere, 1 omsorgsarbeider, 1 assistent ergoterapeut, 8 sykepleiere, 23 helsefagarbeidere, og 5 assistenter	Studien viser at det finnes 5 ulike former for uformell tvang ved de 4 sykehjemmene: avledning, hvite løgner, overtalelse og press, tilbud og trusler. Disse formene for «uformell tvang» ble brukt for å unngå fall, sjenanse, krangler og slåsskamper samt bevare beboerens generelle sikkerhet og helse. De mener at denne slags form for tvang er mindre inngripende enn «formell» tvang.	Studien er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkeltittel	Hensikten med studien	Perspektiv	Metode og analyse	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/resultater	Kvalitetsvurdering inkludert etiske overveielser
Anne Helene Mortensen, Marko Stojiljkovic, og Daniela Lillekroken (2021) Journal of Advanced Nursing, Norge	Strategies to manage cognitive dissonance when experiencing resistiveness to care in people living with dementia: A qualitative study	Å utforske helsepersonells opplevelse i møte med pasienter med demens som motsetter seg	Sykepleier	Kvalitativ tilnærming: 3 Fokusgruppeintervjuer	9 sykepleiere og 7 helsefagarbeidere fra 3 forskjellige sykehjem. Alle har erfaring med å jobbe med pasienter med demens i minst 2 år.	Helsepersonell opplever ubehag når pasienter med demens motsetter seg hjelp. For å redusere spenningen endrer helsepersonellet atferd eller holdning til situasjonen ved å endre tankegang og den måten de tenker på.	Studien er godkjent av Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester, og registrert i Norsk Senter for Forskningsdata. Forskningen ble utført i samsvar med Helsinskideklarasjonen.

Vedlegg 3: Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>. Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

[Sett inn referansen til studien/artikkelen du vurderer med denne sjekklisten]



kunnskapsbasertpraksis.no

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?

- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

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?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar: