

**BSYBAC\_5**

**Bacheloroppgave i sykepleie**

*Forebygge tvang i møte med utfordrende atferd hos pasienter med demens på sykehjem*



Universitetet  
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Bachelor i Sykepleie**

Stavanger, 5. Mai 2022

Kandidatnummer: 5166 & 5275

***( x ) Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet***

## Sammendrag

Bakgrunn: Det er beregnet at 101 000 nordmenn har demens (Strand, 2021). Demente pasienter med atferdsmessige symptomer gjør at det kan oppstå vanskelige situasjoner der sykepleiere må bevege seg i grensen mellom frivillighet og tvang. Maktbruk, krenkelser og tvang blir ofte avdekket i demensomsorgen, noe som truer pasientens verdighet (M. Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2010, s. 92). Som sykepleier har man et stort ansvar for å skape en trygg og tilrettelagt hverdag for en sårbar pasientgruppe som de demensrammede. Det handler om å forebygge situasjoner som utløser tvang og bruke kreative tilnærminger.

Hensikt: Å undersøke sykepleieres erfaringer med bruk av tvang i møte med utfordrende atferd hos personer med demens på sykehjem. Videre vil vi beskrive alternative tilnærminger til bruk av tvang.

Metode: Oppgaven er en integrativ litteraturstudie basert på fire artikler av kvalitativ art med sykepleieperspektiv. Artiklene har blitt analysert etter Fribergs analysemodell (Friberg, 2017). Våre funn fra analysen er presentert i kategorier og underkategorier.

Resultat: Resultatene viser at kjennskap til pasient og sykdom, kompetanse, fleksibilitet og etisk refleksjon er forutsetninger for å unngå tvang i møte med utfordrende atferd. Pasientens angst og uro fremheves ved manglende kunnskap, arbeidsbelastning og uhensiktsmessige rutiner som ikke gir rom for fleksibilitet. Dette er faktorer som er nødvendig for å imøtekomme den dementes behov på en individuelt tilpasset måte og dermed unngå tvang (M. Kirkevold et al., 2010, s. 151).

Nøkkelord: demens, sykehjem, tvang, utfordrende atferd, omsorg

## Innhold

|                                                                       |             |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>1.0 Innledning</b> .....                                           | <b>s.5</b>  |
| 1.1 Bakgrunn for valg tema.....                                       | s.5         |
| 1.2 Problemformulering.....                                           | s.6         |
| 1.3 Hensikt.....                                                      | s.6         |
| <b>2.0 Teoretisk ramme</b> .....                                      | <b>s.7</b>  |
| 2.1 Demens.....                                                       | s.7         |
| 2.1.1 <i>Atferdsmessige symptomer</i> .....                           | s.7         |
| 2.1.2 <i>Om å møte utfordrende atferd</i> .....                       | s.7         |
| 2.2 Joyce Travelbee's sykepleieteori.....                             | s.8         |
| 2.2.1 <i>Personsentrert omsorg</i> .....                              | s.8         |
| 2.3 Kommunikasjon.....                                                | s.9         |
| 2.3.1 <i>Validering som kommunikasjonsmodell</i> .....                | s.9         |
| <b>3.0 Metode</b> .....                                               | <b>s.11</b> |
| 3.1 Hva er metode?.....                                               | s.11        |
| 3.2 Valg av metode.....                                               | s.11        |
| 3.3 Søkeprosess.....                                                  | s.11        |
| 3.3.1 <i>Valg av søkestrategi</i> .....                               | s.11        |
| 3.3.2 <i>Valg av databaser</i> .....                                  | s.11        |
| 3.3.3 <i>Valg av søkeord</i> .....                                    | s.12        |
| 3.3.4 <i>Valg av artikler</i> .....                                   | s.12        |
| 3.4 Analyse av artikler.....                                          | s.13        |
| <b>4.0 Resultater</b> .....                                           | <b>s.15</b> |
| 4.1 Balansen mellom makt og autonomi.....                             | s.15        |
| 4.1.1 <i>Personlig stell som et utfordrende område</i> .....          | s.16        |
| 4.2 Mellommenneskelige tilnærminger.....                              | s.16        |
| 4.3 Kunnskap og kompetanse.....                                       | s.17        |
| 4.3.1 <i>Konsekvenser av mangel på kunnskap og kompetanse</i> .....   | s.17        |
| 4.3.2 <i>Kunnskapens betydning i møte med demente pasienter</i> ..... | s.18        |

|            |                                              |             |
|------------|----------------------------------------------|-------------|
| 4.4        | Fleksibilitet.....                           | s.18        |
| 4.5        | Bemanning og ressurser.....                  | s.19        |
| <b>5.0</b> | <b>Diskusjon.....</b>                        | <b>s.21</b> |
| 5.1        | Metodediskusjon.....                         | s.21        |
| 5.1.1      | <i>Land og arena for studiene.....</i>       | s.21        |
| 5.1.2      | <i>Forskernes bakgrunn.....</i>              | s.21        |
| 5.1.3      | <i>Studiens deltakere.....</i>               | s.21        |
| 5.1.4      | <i>Kvalitativ tilnærming som metode.....</i> | s.22        |
| 5.1.5      | <i>Søke- og analyseprosess.....</i>          | s.22        |
| 5.2        | Resultatdiskusjon.....                       | s.23        |
| 5.2.1      | <i>Balansen mellom makt og autonomi.....</i> | s.24        |
| 5.2.2      | <i>Mellommenneskelig tilnærming.....</i>     | s.25        |
| 5.2.3      | <i>Kunnskap og kompetanse.....</i>           | s.25        |
| 5.2.4      | <i>Fleksibilitet.....</i>                    | s.26        |
| 5.2.5      | <i>Bemanning og ressurser.....</i>           | s.27        |
| <b>6.0</b> | <b>Anvendelse av resultat i praksis.....</b> | <b>s.29</b> |
|            | <b>Referanser.....</b>                       | <b>s.31</b> |
|            | <b>Vedlegg 1: Søkelogg</b>                   |             |
|            | <b>Vedlegg 2: Litteraturmatrise</b>          |             |

## 1.0 Innledning

I norske sykehjem i dag er 4 av 5 pasienter rammet av demens (Fonn, 2020). I takt med eldrebølgen øker også antall demente pasienter. En av hovedutfordringene er at flere demensrammede pasienter har utagerende atferd, noe som gjør arbeidshverdagen både krevende og uforutsigbar (Fonn, 2020). En studie viser at så mye som 82% av sykehjemsbeboere blir utsatt for en eller annen begrensning i løpet av 1 uke (Gjerberg, Him, Førde & Pedersen, 2011, s. 633). Tvang kan defineres som “alle tiltak hvor pasienten motsetter seg helsehjelp eller ikke ønsker det” (Eide & Eide, 2007, s. 118). Bruken av tvang har en klar sammenheng med pasientens funksjonsnivå og atferd (Garden & Hauge, 2012, s. 18).

Tvang er et integritetsinngripende tiltak som innebærer etiske, juridiske og faglige utfordringer som er viktig å belyse og forutsetter en klar lovhjemmel (Hem, Gjerberg, Pedersen & Førde., 2011, s. 295). Pasient- og brukerrettighetsloven har som formål “å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt forebygge og begrense bruk av tvang” (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4A-1). Helsehjelp skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet, og tillitsskapende tiltak skal ha vært prøvd før helsehjelp gis til pasienter som motsetter seg dette (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4A-3). Tvang er altså en handling som etter en helhetsvurdering fremstår som den beste løsningen for pasienten.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Personer med demens er utsatt for integritetskrenkelse da de ofte er avhengige av mye hjelp, og sykdommen er så kompleks at sykepleiere kan glemme personen bak sykdommen. Deres private territorium er lett å invadere og vil bli oppfattet som en trussel for pasienter med kognitiv svikt. Om en person med demens ikke inviteres til å utnytte sin selvbestemmelsesrett innenfor vedkommendes muligheter, men pleierne tar beslutninger overfor pasients hode, vil selvfølelsen deres påvirkes (M. Kirkevold et al., 2010, s. 96). Fortvilelsen øker og kan resultere i utfordrende atferd.

I sykepleiepraksis har vi vært vitne til flere episoder med tvang. Utfordrende atferd kan arte seg både verbalt, psykisk og fysisk, og vi har observert stor variasjon i hvordan helsepersonell tilnærmer seg og håndterer atferdsproblemer hos personer med demens. Pasientene overlates i

våre hender, og vi ønsker gjennom denne oppgaven å innhente kunnskap om hvordan forebygge tvang gjennom hensynsfulle tilnærminger som ivaretar pasientens integritet.

## **1.2 Problemformulering**

Problemområdet er at tvang forekommer hyppig i sykehjem, også uten vedtak og kan dermed omtales som ulovlig handling. Demensdiagnosen innebærer kognitiv svikt og gir risiko for motsetning av hjelp. Manglende kunnskap gjør at tvang ofte blir en snarvei når tid og ressurser ikke strekker til, noe som truer pasientens verdighet og trygghet. Det bør inkluderes mer kompetanse og faglige overveielser i møte med utfordrende atferd. Sykepleiere trenger økt kunnskap om både lovverket, sykdommen og den enkelte pasient sin livshistorie for å tilrettelegge for tillitsskapende tiltak som fremmer en trygg hverdag og god livskvalitet.

## **1.3 Hensikt**

Hensikten med oppgaven er å undersøke sykepleieres erfaringer med bruk av tvang i møte med utfordrende atferd hos personer med demens på sykehjem. Videre vil vi beskrive alternative tilnærminger til bruk av tvang.

## 2.0 Teoretisk ramme

### 2.1 Demens

Demens er en fellesbetegnelse på sykdommer eller skader i hjernen som medfører kognitiv svikt og reduserer evnen til å klare seg i dagliglivet. De fleste som blir rammet er over 65 år (NHI, 2021). Tilstanden utvikler seg langsomt og er ikke reverserbar. Gradvis utvikles de vanlige kjennetegnene som svekket hukommelse, sted- og tidsorientering, manglende følelses- og atferdsmessig kontroll, tap av dømmekraft og nedsatt funksjonsevne (NHI, 2021). Symptomene blir stadig mer uttalte og flere tilkommer i takt med forandringene i hjernen (NHI, 2021).

#### 2.1.1 Atferdsmessige symptomer

Pasientene som utvikler psykologiske og atferdsmessige symptomer, kalt APSD, kan betraktes som den mest utfordrende pasientgruppen i demensomsorgen. APSD omfatter mange ulike symptomer som henger sammen (Selbæk, 2005, s. 1500). Symptomene kan knyttes til konkrete situasjoner eller arte seg kronisk (Helsedirektoratet, 2019). Ved sensorisk svikt er evnen til å forstå andre redusert, noe som skaper fortvilelse (Ø. Kirkevold et al., 2004, s. 14). Fysisk aggresjon, vrangforestillinger og uro er de mest krevende atferdsproblemene ved demens (Ø. Kirkevold et al., 2004, s. 24).

Utagerende atferd har mange årsaker. Det kan være grad av demens, personlighet, manglende forståelse eller miljøfaktorer (Ø. Kirkevold et al., 2004, s. 17). Hvis pasienten står i en vanskelig og uoversiktlig situasjon kan pasienten fremstå med *forsvars aggresjon* for å kompensere for tap av kontroll og oversikt (Ø. Kirkevold et al., 2004, s. 17). Et eksempel på dette er personlig stell hvor pasientens intimsone overskrides. Evnen til abstrakt og fleksibel tenking er redusert og pasienten vil ikke forstå konsekvensene av sine handlingsvalg (Ø. Kirkevold et al., 2004, s. 14). Når intellektuelle evner svikter vil de følelsesmessige reaksjonene bli mer fremtredende.

#### 2.1.2 Om å møte utfordrende atferd

Demente pasienters atferd er et kommunikasjonsuttrykk for et underliggende budskap (Simonsen & Helgesen, 2021, s. 3). Det viktigste er å tilnærme seg den enkelte pasient basert på kjennskap til pasienten. Ofte kan pasientens livshistorie fungere både som et bekræftende og et avledende redskap (Simonsen & Helgesen, 2021, s. 2). Et hovedelement i

demensomsorgen er å være “føre var”. I dette begrepet ligger det at basert på erfaringer bør man forsøke å forebygge situasjoner som skaper uro (Ø. Kirkevold et al., 2004, s. 25). Omgivelser, pleierens holdning og planlegging vil i stor grad styre hvordan situasjonene utvikler seg. I en vanskelig situasjon skal det ikke stilles store krav til en dement pasient. Det er den som yter helsehjelp som bør forsøke å forstå hvorfor pasienten reagerer som han gjør (Ø. Kirkevold et al., 2004, s. 27 - 28). Å nærme seg den urolige pasienten på en trygg og rolig måte vil skape en sikker ramme basert på respekt og tillit.

Ved uro og utagering er det fornuftig å velge en passiv linje når man skal håndtere situasjonen (Ø. Kirkevold, et al., 2004, s. 27). Å møte pasienten på hans premisser gir et bedre grunnlag for å beherske situasjonen enn å grensesette og irettesette pasienten (Ø. Kirkevold et al, 2004, s. 26). Om atferden fremstår som farlig eller ukritisk overfor personal eller medpasienter kan det iverksettes mer aktive tiltak som for eksempel skjerming (Ø. Kirkevold et al., 2004, s. 27). Derimot fremkommer det at nøkkelen til tilpasset tilnærming og unødvendig bruk av tvang er kjennskap til sykdommen og pasienten (Simonsen & Helgesen, 2021, s. 1).

## **2.2 Joyce Travelbee's sykepleieteori**

Joyce Travelbee (1926-1973) fokuserte på det unike og mellommenneskelige forholdet i sykepleien (Travelbee, 1999, s. 28 - 29). Hun beskriver sykepleie som en samhandlingsprosess og oppsummerer sykepleierens oppgaver som å anerkjenne pasienten som et unikt individ, utvikle et “menneske-til-menneske-forhold”, og å møte behovene til pasienten og dermed oppfylle sykepleiens hensikt (Eide & Eide, 2007, s. 135). Travelbee mener at sykepleie er en mellommenneskelig prosess da det alltid dreier seg om mennesker. Sykepleiere står overfor ulike individer med ulike utfordringer. “Sykepleieren viser ved sine handlinger at hun ønsker å bistå den syke - ikke fordi han er syk og skal ha pleie, men fordi han er den han er og ingen annen” (Travelbee, 1999, s. 35). Travelbees omsorgsfilosofi, og måten å imøtekomme det enkelte individ, viser også igjen i Tom Kitwoods personsentrerte omsorgsfilosofi innen demensomsorgen (Travelbee, 1999).

### *2.2.1 Personsentrert omsorg*

Personsentrert demensomsorg ble først introdusert av sosialpsykologen Tom Kitwood (Rokstad, 2012, s. 24). Kitwood uttrykte at demens er en tilstand som krever forståelse fra både biologisk, psykologisk og sosiologisk perspektiv for å kunne forstå den dementes opplevelse av tilstanden (Brooker, 2013, s. 16 - 17). Personsentrert omsorg handler om å møte



hver enkelt person med demens som et unikt individ med egen historie og iboende verdi. Hensikten med personsentrert omsorg er å se pasienten, ikke bare sykdommen (Aldring og helse, 2021). Professor Cohen-Mansfield mente at utfordrende atferd hos personer med demens er knyttet til å ikke få anerkjent sine individuelle behov (Brooker, 2013, s. 16 - 17). Sykepleiere må ha holdninger som bidrar til anerkjennelse, respekt og tillit for å bidra til å styrke den demente pasientens identitet. Å oppfylle deres grunnleggende behov som trøst, inklusjon, tilknytning og identitet danner grunnlaget for personsentrert omsorg. Målet er å kunne holde fast i deres livshistorie og legge til rette for deres egne behov og opplevelser i samsvar med egne verdier, vaner og preferanser (Rummelhoff, Smebye & Tombre, 2016, s. 42).

### **2.3 Kommunikasjon**

Kommunikasjon er grunnlaget for all menneskelig samhandling (Berentsen, 2008, s. 147). Vansker med å uttrykke seg, forstå og kommunisere med andre mennesker er en av de mest smertefulle konsekvensene for en demensrammet. Sykepleierens oppgave blir å forsøke og tone seg inn på pasienten. Ved utfordrende atferd opplever mange pleiere at verbal kommunikasjon ikke når inn (Ø. Kirkevold et al., 2004, s. 28). Kommunikasjon, både verbalt og non-verbalt, avslører mye av våre holdninger, noe man må være obs på i møte med en sårbar pasientgruppe. Demens er en progredierende sykdom der oppfattelse og forståelse av språk stadig blir vanskeligere, også kalt *afasi* (Eide & Eide, 2007, s. 384). Med det får pasienten økt behov for tålmodighet, kunnskap og forståelse fra vår side.

#### *2.3.1 Validering som kommunikasjonsmodell*

Validering er en modell for kommunikasjon med demente. Metoden går ut på å “gjenskape pasientens verdighet og forhindre at han ender opp i en tilstand der han er uten kontakt med omverdenen” (Berentsen, 2008, s. 170). Validering er en form for bekreftende og utforskende kommunikasjonsferdigheter (Eide & Eide, 2007, s. 382). I arbeid med demente pasienter vil man oppleve utsagn og handlinger som for oss virker meningsløst. All atferd, til tross for hjerneorganisk sykdom, har en naturlig forklaring som sykepleiere må forsøke å forstå (Eide & Eide, 2007, s. 391). Å forstå det følelsesmessige budskapet i handlingen krever godt kjennskap til pasienten og gode kommunikasjonsferdigheter som evne til å lytte, vise empati og aksept (Eide & Eide, 2007, s. 219). Kommunikasjonen bør foregå i et passende tempo og med korte utsagn slik at pasienten rekker å forstå ordene som formidles (Aldring og helse, 2020a). Realitetsorientering, som innebærer stadig orientering om virkeligheten, kan være

fornuftig (Berentsen, 2008, s.169). Men i møte med utfordrende atferd i praksis ser vi at det kan skape mer forvirring og engstelse. Derimot, å vise at man ser den andre, speile deres følelser og akseptere disse er med på verne om deres integritet og verdighet (Eide & Eide, 2007, s. 15).

## 3.0 Metode

### 3.1 Hva er metode?

Dalland (2012) henviser til sosiologen Vilhelm Aubert som definerer metode som “en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap” (Dalland, 2012, s. 111). Vi skiller mellom kvantitativ og kvalitativ metode i empiriske studier der kvantitativ orientering samler numerisk og målbare data for eksempel i form av spørreskjema mens kvalitativ orientering har en nærere og dypere tilnærming til forskningsmaterialet, for eksempel via intervjuer eller observasjoner (Dalland, 2012, s. 112).

### 3.2 Valg av metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie. Oppgavens hensikt besvares hovedsakelig ut ifra vitenskapelige artikler. Oppgaven baseres på Friberg (2017) sin metode for integrativ litteraturoversikt for å få et helhetlig bilde av hvordan resultatene fra artiklene henger sammen. Metoden kjennetegnes av å danne seg en oversikt over tidligere forskning gjort på et avgrenset fagområde. Det velges så ut relevante forskningsartikler som analyseres og kvalitetssikres (Friberg, 2017, s. 150). Våre valgte studier baserer seg på empirisk forskning med utgangspunkt i kvalitative metoder for å kunne besvare vår hensikt basert på sykepleieres erfaringer og opplevelser.

### 3.3 Søkeprosess

#### 3.3.1 Valg av søkestrategi

Vi gjennomførte strukturert litteratursøk med inklusjon- og eksklusjonskriterier for å begrense søket (Dalland, 2012, s. 70). Planen var å velge artikler som ikke var eldre enn 10 år, men for å få mer relevante treff utvidet vi grensen til 12 år, fra 2010 til 2022. Kravet til artiklene ble da: publisert etter 2010, fagfelleurdert, sykepleieperspektiv og basert på kvalitativ forskning. Vi ønsket også at forskningen skulle være fra norske sykehjem og kun basert på demensrammede pasienter. Eksklusjonskriterier ble derfor artikler eldre enn 12 år, artikler som ikke angår norske forhold og som handler om andre pasientgrupper enn demente.

#### 3.3.2 Valg av databaser

Vi begynte datainnsamlingen på Oria.no da vi begge har erfaringer med nettsiden relatert til andre oppgaver på studiet. Her fant vi snarveier til databasene CINAHL og British Nursing Index som begge er engelske databaser med sykepleiefaglige artikler. Vi valgte bort British

Nursing Index da vi ikke fant noen empiriske artikler vi kunne anvende. Vi foretok også søk i Svemed+, men heller ikke her var vi fornøyd med utvalget. Derimot fikk vi flere gode søkeresultat på Oria.no som førte oss videre til både Sykepleien.no og Idunn.no, hvor vi fant to av våre utvalgte artikler.

### *3.3.3 Valg av søkeord*

For å sikre presis informasjonssøking valgte vi ut søkeord som vi anså at dekket hensikten vår. Brukte søkeord var “demens”, “sykehjem”, “tvang”, “utfordrende atferd”, “forebygging” og “omsorg”. Mellom søkeordene har vi brukt “OG” eller “AND” for å utvide antall treffresultater og få artikler som inneholder alle ønskelige ord. Trunkering er en vanlig teknikk for å oppnå artikler med alle bøyingsformer innenfor et ord, men vi har valgt å unngå dette for å begrense antall treff (Friberg, 2017, s. 71). Vi eksperimenterte med flere søkekombinasjoner og forsøkte blant annet å benytte alle overnevnte søkeord samtidig. Vi kom frem til at vi måtte avgrense søket for å få mest relevante treff i forhold til hensikt.

For to av artiklene brukte vi søkeordene “demens”, “tvang” og “sykehjem” som ga 11 treff. Tilsvarende søkeord ble oversatt til engelsk i en av de engelske databasene og ga 6 treff og ledet oss til den tredje utvalgte artikkelen. Vi forsøkte også et søk ved å bytte ut “nursing home” med “nursing care”, noe som ga 2 treff, men ingen relevante artikler. Vår siste artikkel ble funnet gjennom søkeordene “demens”, “sykehjem”, “omsorg” og “utfordrende atferd” som ga 10 treff.

### *3.3.4 Valg av artikler*

Flere av søkekombinasjonene i de ulike databasene fikk mange treff, hvor flere artikler ble ekskludert grunnet manglende relevans. I vår søkeprosess leste vi sammendrag og konklusjon for å vurdere om det karakteristiske ved studiene var relevant for oss. For å kvalitetssikre artiklene vurderte vi om de var basert på IMRaD-struktur (Dalland, 2012, s. 79). Tidsskrift ble sjekket for å vurdere at kilden artiklene stammer fra var troverdig. Artiklene var basert på norske sykehjem med et sykepleieperspektiv, hvor de belyste både opplevelser, erfaringer, tiltak og forbedring i form av kvalitativ forskning (se tabell 1).

Tabell 1

| Forfattere, årstall, tittel                                                                                                                                     | Tema                                                                                         | Hensikt                                                                                                                                                                                                                | Perspektiv          | Metode                                                                                                                             | Database      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <u>Artikkel 1</u><br>Gjerberg, E., Him, M. H., Førde, R. & Pedersen, R. (2013). <i>How to prevent and avoid coercion in nursing homes: A qualitative study.</i> | Unngå tvang ved å benytte seg av andre tilnæringsmåter                                       | Å belyse hvordan helsepersonell kan håndtere situasjoner hvor pasienten motsetter seg pleiehjelp og behandling, ved å ta i bruk alternative strategier og tiltak for å forebygge tvang.                                | Sykepleieperspektiv | Kvalitativ tilnærming. Data ble samlet inn ved fokusgruppedesign for å få mer kunnskap og forståelse rundt problemstillingen.      | CINAHL        |
| <u>Artikkel 2</u><br>Rognstad, M. K. & Nåden, D. (2011). <i>Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen – Pleiers perspektiv</i>                                | Ansattes opplevelser i arbeidshverdagen og viktigheten av kompetanseheving i demensomsorgen. | Å belyse behovet for kompetanseheving for å kunne ivareta verdigheten til pasientene i demensomsorgen. Artikkelen beskriver utfordringene og opplevelsene i arbeidssituasjoner i møte med demens og utagerende atferd. | Sykepleieperspektiv | Kvalitativ tilnærming. Data ble samlet inn ved å anvende et beskrivende og utforskende design med kvalitativ forskningsintervjuer. | Oria.no       |
| <u>Artikkel 3</u><br>Thorvik, K. E., Helleberg, K. & Hauge, S. (2014). <i>God omsorg for urolige pasienter med demens.</i>                                      | Ansattes kunnskap om tilnærming i møte med pasienter med demens                              | Utforske og beskrive hva god omsorg er i en skjermet avdeling for demensrammede pasienter                                                                                                                              | Sykepleieperspektiv | Kvalitativ tilnærming. Deltakende observasjon → feltobservasjoner og feltsamtaler                                                  | Sykepleien.no |
| <u>Artikkel 4</u><br>Hem, M. H., Gjerberg, E., Pedersen, R. & Førde, R. (2011). <i>Pleie og omsorg i grenseland mellom frivillighet og tvang.</i>               | Hvordan ansatte håndterer situasjoner når pasienter med demens motsetter seg hjelp           | Beskrive typiske pleiesituasjoner der pasienter motsetter seg hjelp.<br><br>Fokusere på grenseland mellom frivillighet og tvang i demensomsorg.                                                                        | Sykepleieperspektiv | Kvalitativ tilnærming. Fokusgruppeintervjuer.                                                                                      | Idunn.no      |

### 3. 4 Analyse av artikler

Friberg beskriver analysearbeidet som en vei fra en helhet, til deler og derfra til en ny helhet (Friberg, 2017, s. 135). Resultater kategoriseres, sammenlignes og kobles sammen for å skape den nye helheten som dekker hensikten med oppgaven (Friberg, 2017, s. 137). Artikkelen har blitt analysert etter Friberg (2017) sine fem steg for å analysearbeid (Friberg, 2017, s. 148).

Første steg var å lese de fire utvalgte artiklene nøye flere ganger. Deretter skrev vi en oppsummering fra hver artikkel da vi etter hvert ble godt kjent med innholdet. Med det kunne vi foreta en datareduksjon der vi valgte ut resultater som samsvarte med vår hensikt. Andre steg var å finne nøkkelfunn fra vært studie. Vi tok utgangspunkt i litteraturmatriksen (se vedlegg nr. 2). Vår tredje trinn var å gjøre en sammenstilling av studiene (Friberg, 2017, s. 136). Hovedfokuset lå på studienes resultater der samtlige forfattere kategoriserte sine resultater. Dette gjorde sammenlikning av artiklene enklere. Neste steg var å gjøre en sammenstilling av de ulike kategoriene der likheter og forskjeller ble analysert og vurdert. Likhetene ble sammenlignet for å danne “nye” overordnede temaer som svarer til vår hensikt og ble det siste trinnet i analysearbeidet. Dette er fremstilt i tabell 2 i resultatkapittelet.

## 4.0 Resultat

Her besvares hensikten vår gjennom fem hovedkategorier (se tabell 2).

**Tabell 2**

| Kategori                         | Underkategori                                                                                                                                                |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Balansen mellom makt og autonomi | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lovverk</li> <li>- Verdighet</li> </ul>                                                                             |
| Mellommenneskelige tilnærminger  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personsentrert omsorg</li> </ul>                                                                                    |
| Kunnskap og kompetanse           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kjennskap til pasient og sykdom</li> <li>- Mangel på bevissthet rundt bruk av tvang</li> </ul>                      |
| Fleksibilitet                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tåle brudd på rutiner, tilpasse seg etter pasient, bruke tid</li> <li>- Kreativitet og løsningsorientert</li> </ul> |
| Bemanningsressurser              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trenger tilstrekkelig ressurser for å kunne gi helhetlig omsorg</li> <li>- Påvirker pasientsikkerheten</li> </ul>   |

### 4.1 Balansen mellom makt og autonomi

Sykepleierne i artiklene står overfor mange etiske dilemmaer der makt og autonomi setter grenser for hverandre (Gjerberg et al., 2013; Hem et al., 2011; Rognstad & Nåden, 2011). Gjerberg et al. (2013) hevder at sykepleiere kan bruke sin makt til å involvere pasienten eller å utøve kontroll og ta beslutninger for pasienten. Rognstad & Nåden (2011) påpeker at sykepleiere kan ha en svært invaderende posisjon, og i møte med demente pasienter kan dette virke skremmende. "Risikoen for å krenke pasientens integritet øker med pasientens sårbarhet og er spesielt til stede når pasienten har kognitiv svikt" (Gjerberg et al., 2013, s. 635). Sykepleierne følte seg forpliktet til å utføre nødvendig helsehjelp til tross motstand fra pasientene. En sykepleier fra Rognstad & Nåden (2011) sier: «Du kan ikke la en pasient ligge i en bleie med masse avføring bare fordi han ikke liker å bli vasket og stelt» (Rognstad & Nåden, 2011, s. 149).

På den andre siden hviler autonomiprinsippet og menneskeverdet (Rognstad & Nåden, 2011, s. 149). Sykepleierne uttrykte at det var ubehagelig å utføre pleie preget av tvang (Rognstad &

Nåden, 2011, s. 149). Også Gjerberg et al. (2013) mener at tvang ble brukt som siste utvei for å bevare pasientenes verdighet. Sykepleierne i begge ovennevnte artikler var bevisst på hvordan de uttrykte seg når de ønsket at pasienten skulle samarbeide. De informerte eller instruerte i stedet for å be pasienten om å gjøre noe eller gjøre det for dem. Dette ble forsøkt blant sykepleierne i artikkelen til Hem et al (2011), men en sykepleier påpekte: «... men jeg forklarer og forklarer ... Men det kan godt hende at en må bruke den lille tvangen, allikevel» (Hem et al., 2011, s. 297). Sykepleierne i samme artikkel brukte makt ved at flere sykepleiere plasserte seg rundt pasienten for å hindre bevegelse eller for å kunne gripe inn hvis det ble nødvendig da dette ikke anses som like åpenbar tvang som for eksempel fysisk holding. Sykepleierne i Rognstad & Nåden (2011) sin artikkel peker på at «det må være en balansegang mellom autonomi og det å være nødt til å ta avgjørelser for folk ...» (Rognstad & Nåden, 2011, s. 149).

#### *4.1.1 Personlig stell som et utfordrende område*

Resultatene viser at stell er et utfordrende område for pasientene og personalet (Gjerberg et al., 2013; Hem et al., 2011; Rognstad & Nåden, 2011). «De kvier seg jo for å kle av seg og sitte på den der dusjen, og dusje der, liksom. Vi har på oss plastikkhansker og gummistøvler. Det er kaldt i vannet, vi dusjer dem og vasker dem og det blir intimt» (Hem et al., 2011, s. 297). Konflikte og uro oppstår i forbindelse med pasientenes forvirring og hjelpeløshet og hjelpen kan være i konflikt med individuelle vaner (Hem et al., 2011, s. 299). Samtidig er det å ivareta pasientenes behov for personlig stell en ordinær aktivitet i sykehjem som flere sykepleiere følte seg forpliktet til. I noen tilfeller ble behovet for stell oppfattet som så uttalt at de ansatte opplevde å befinne seg i et grenseland der mildt press og overtalelse kunne ende i en tvangssituasjon (Hem et al., 2011, s. 297)

## **4.2 Mellommenneskelige tilnærminger**

Tre av fire analyserte studier avdekket viktigheten av mellommenneskelige tilnærminger ved utfordrende atferd (Gjerberg et al., 2013; Hem et al., 2011; Thorvik, Helleberg & Hauge, 2014). Thorvik et al. (2014) påpeker at kunnskap om demens, og kjennskap til pasientens livshistorie og nåværende situasjon er avgjørende for å gi god omsorg. Studien formidler at god omsorg baserer seg på evnen til å se hele pasienten og sanse hva pasienten uttrykker. Resultatet av studien viste til tre faktorer av mellommenneskelig tilnærming: “alltid beredt”, fleksibilitet, kunnskap og kjennskap. “Alltid beredt” innebar å være på utkikk etter en



mulighet til å hjelpe pasienten på best mulig måte (Thorvik et al., 2014, s. 239). Flexibilitet handlet om å tåle rutinebrudd og tilpasse seg etter pasients premisser. Kunnskap og kjennskap både til pasient og sykdom ble beskrevet som nødvendig for å danne en tillitsfull relasjon og unngå tvang (Thorvik et al., 2014, s. 240).

Hem et al. (2011) beskriver, som Thorvik et al. (2014), omsorg som evnen til å se pasienten istedenfor sykdommen og forsøke å forstå hva pasienten uttrykker. Hvordan ansatte viste respekt for pasienten var viktig for å kunne identifisere og imøtekomme pasientens omsorgsbehov (Hem et al., 2011, s. 299). I studien refererer noen sykepleiere til Marte Meo som sier: "... But even if a patient has dementia this does not mean that it is empty in there. You just have to find her language" (Hem et al., 2011, s. 299). Studien avdekket at etablering av tillitsfulle relasjoner reduserer tvangsbruk og bidrar til ivaretagelse av verdighet og autonomi. Pasientene blir mer delaktige og opplever følelse av kontroll og frivillighet (Hem et al., 2011, s. 300).

### **4.3 Kunnskap og kompetanse**

Resultatene viser at nødvendig kunnskap og kompetanse er avgjørende for å forebygge utfordrende atferd og tvang, og for å opprettholde pasientens verdighet (Gjerberg et al., 2013; Hem et al., 2011; Rognstad & Nåden, 2011; Thorvik et al., 2014).

#### *4.3.1 Konsekvenser av mangel på kunnskap og kompetanse*

Gjerberg et al. (2013) avdekket en rekke mangler på kunnskap og bevissthet rundt tvangsbruk. Studien nevner at kun en tredjedel av pleiepersonalet har formelle kvalifikasjoner (Gjerberg et al., 2013, s. 633). Rognstad & Nåden (2011) sin artikkel oppga at tvang var mest utbredt i helgene da det var mer bruk av vikarer og uerfarne ansatte som påvirket pasient-pleier forholdet. Utbytting av ansatte bidro til engstelse hos pasientene, og situasjonen kunne raskt eskalere. En sykepleier påpekte at «motstanden kan være knyttet mer til måten pleien gjøres på enn motstanden mot selve handlingen» (Hem et al., 2011, s. 299).

Motstand mot at personalet «spyler» pasienter som har urin og avføring på kroppen, er lett å forstå.. Det kan hende pasientene hadde funnet glede i å dusje hvis situasjonen hadde blitt lagt opp mer å la et «spabesøk» fremfor «spyling». (Hem et al., 2011, s. 299)

I studien til Hem et al. (2011) kom det frem at atferden kunne relateres til pleiernes opptreden som konfronterende kommunikasjon, dårlig tid, lite forberedelser, og mangel på respekt og forståelse for pasientens følelser og reaksjoner. Rognstad & Nåden (2011) mener at hovedproblemene var hvordan ansatte skulle håndtere ulike situasjoner, sette grenser, opptre rolig, og bidra til trygghet og ivaretagelse når pasienten ga motstand. Også studien til Hem et al. (2011) viser til viktigheten av å øke kunnskap for å bevisstgjøre pleierne og gi dem strategier for å håndtere krevende pleieoppgaver og styrke kvaliteten på omsorgen. Gjerberg et al. (2013) foreslår å implementere utdanningsprogram for å øke kunnskapen om demens og dens atferd. Studien avdekket at for å oppnå faglig utvikling for den nyansatte, er det nødvendig med kvalifiserte ansatte som bidrar til faglig miljø, veiledning og utvikling. Sykepleierne i Rognstad & Nåden (2011) ga uttrykk for at de ønsket trening i å forholde seg til pasienter ved utagerende atferd, og hvordan de skulle håndtere ulike situasjoner for å samtidig opprettholde pasientens verdighet og autonomi.

#### *4.3.2 Kunnskapens betydning i møte med demente pasienter*

Thorvik et al. (2014) påpeker at ansattes holdninger til demensrammede, kunnskap om sykdommen og miljøbehandling påvirker forekomsten av uro og utagering. Sykepleierne viste gjennom sin opptreden at de hadde inngående kunnskap om demenslidelser og pasientenes livshistorie. Dette viste seg for eksempel i at de hadde innsikt i små nyanser i pasientens væremåte. «Det går ikke. Hun ligger under dyna og da blir det helt feil å dra henne opp. Det er bare mulig å få henne opp når hun sitter på sengekanten med beina utenfor senga.» (Thorvik et al., 2014, s. 240). Sykepleierne i samme artikkel bruker sin kunnskap og forståelse til å tåle avvik fra generelle standarder og heller lete etter kreative løsninger når et problem oppstår (Thorvik et al., 2014, s. 241).

#### **4.4    Fleksibilitet**

I samtlige artikler var fleksibilitet beskrevet som et virkemiddel til å møte utfordrende atferd på en hensynsfull måte og bidra til god omsorg (Gjerberg et al., 2013; Hem et al., 2011; Thorvik et al., 2014). Gjerberg et al. (2013) peker på tre typer fleksibilitet: prøve senere, bytte personell og en-til-en omsorg. Prøve senere var en vanlig strategi for å unngå å provosere pasienten hvis de motsatte seg hjelp og unngå at situasjonen eskalerte. En sykepleier sa: “If I bring the medicine, and they say: I don't want to take it! If I am a bit smart, I'll come back in

three minutes and say: ``Here is your medicine - then it is ok'' (Gjerberg et al., 2013, s. 637). Også i artikkelen til Thorvik et al. (2014) kommer det frem at sykepleierne er avventende eller spiller på kollegaers kompetanse dersom de ikke lykkes i å hjelpe pasienten.

Intervjuene avdekket at sykepleierne gjorde mange forsøk på å skape fleksibel samhandling, til tross tilbakevendende motstand, ved å bruke sitt forhold til pasienten (Hem et al., 2011; Gjerberg et al., 2013; Thorvik et al., 2014). Ved å jobbe pasientsentrert fremfor oppgavebasert forsøkte sykepleierne å støtte opp om pasientens selvrespekt (Gjerberg et al., 2013, s. 640). Tre av artiklene nevner årvåkenhet og viktigheten av å utnytte gyldne øyeblikk for å unngå tvang (Gjerberg et al., 2013; Hem et al., 2011; Thorvik et al., 2014). Forutsetning synes å være å reagere raskt når anledningen byr seg. ``Kari er ferdig med å spise og sier plutselig: ``Jeg må på toalettet. Sykepleieren reiser seg umiddelbart og sier: Unnskyld oss! – og følger pasienten inn på rommet'' (Thorvik et al., 2014, s. 239). Sykepleierne mener at slike øyeblikk bidrar til at pasienten mottar hjelpen frivillig uten å yte motstand og at pleierne utnytter situasjonen til pasientens beste.

Fleksibilitet ble beskrevet som evne til å tåle pasientens avvisning og møte utfordrende atferd på en konstruktiv måte (Hem et al., 2011; Thorvik et al., 2014). I dette ligger det å forsøke å ta pasientens perspektiv og lete etter mening i handlinger og uttrykk, ikke korrigere pasienten sine aktiviteter (Thorvik et al., 2014, s. 240). ``Rutinen fungerer ikke som en tvangstrøye, men heller som en fleksibel ramme'' (Thorvik et al., 2014, s. 240). Derimot kommer det frem i Hem et al. (2011) sin artikkel at pleierne konstant rettet oppmerksomhet mot hvordan de skulle få gjennomført nødvendige oppgaver. Gjerberg et al. (2013) sine sykepleiere valgte heller å sette søkelys på positive og overbevisende strategier for å vende oppmerksomheten bort fra situasjoner som utløser utfordrende atferd.

Det kan være en spisesituasjon, jeg snakker om ... snakke om været, hva som helst, og så sitter jeg der og mater henne, og pasienten åpner munnen ... vi sitter og snakker litt. Det er en måte å lokke på. Jeg gjør det for å unngå å bruke "enorm" makt.  
(Gjerberg et al., 2013, s. 637)

#### **4.5 Bemanning og ressurser**

Alle analyserte studier mener at tilstrekkelige ressurser og bemanning kreves for å kunne utføre god omsorg i utfordrende og krevende situasjoner (Gjerberg et al., 2013; Hem et al., 2011; Rognstad & Nåden, 2011; Thorvik et al., 2014). Rognstad & Nåden (2011) påpeker at

desto større alvorlighetsgrad av demens, desto flere situasjoner med utagerende atferd med økende behov for personal. Sykepleierne i samme artikkel formidler at pasientenes tilstand varierte fra dag til dag og arbeidssituasjonen var uforutsigbar. Dette bidro til å stresse personalet, og de ga uttrykk for at de ble ansente (Rognstad & Nåden, 2011, s. 148 - 149) Personalet fikk ikke gå alene i stellesituasjoner når pasienter viste tegn til vold. En pleier sa at de gjør det likevel; "vi må jo det når det er få på vakt, vi burde vært flere" (Rognstad & Nåden, 2011, s. 149).

Gjerberg et al. (2013) mener at teknikkene sykepleierne tok i bruk i de ulike situasjonene ikke var til hjelp dersom ikke ressursene var til stede og sykehjemmet var organisert på en ordentlig måte. Begrepet ressurser refererer til «de ansattes kvalifikasjoner og deres erfaringer, samt antall ansatte på jobb» (Gjerberg et al., 2013, s. 639). Studien viste at mangel på ansatte, kompetanse og tilgjengelige ressurser kan føre til unødvendig bruk av tvang, og mindre tid til effektive alternative strategier. "Når en pasient motsetter seg å bli tatt hånd om av den ansatte som vanligvis tar seg av henne, må det være et visst antall ansatte på jobb for at oppgavene kan overlates til en annen person" (Gjerberg et al., 2013, s. 639). Hem et al. (2011) ønsker mer bemanning med kunnskap og erfaring for å kunne forebygge tvang, vite hva tvang innebærer og hvilke lover som gjelder.

## 5.0 Diskusjon

### 5.1 Metodediskusjon

I metodediskusjonen tar vi for oss sterke og svake sider ved brukt metode, reflekterer rundt analysearbeidet og foretar kildekritikk. Deretter vurderes kvalitet og hvordan artiklene egner seg til oppgavens hensikt (Dalland, 2017, s. 63). “Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann” (Dalland, 2017, s. 67). Studiene ble gjennomgått med tanke på forskningsetiske hensyn. Hver artikkel har beskrevet sine etiske hensyn og godkjenning. Artiklene er meldt til blant annet Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og Regionalt forskningsetisk komité som øker studienes validitet og troverdighet. Personopplysninger er vernet. Alle deltakerne deltok etter informert frivillig samtykke. Artiklene var også fagfellevurdert, noe som kvalitets sikrer innholdet.

#### 5.1.1 Land og arena for studiene

Vi har valgt studier basert på norske sykehjem da vi ikke kjenner til pleiekulturen utenfor Norden. I tillegg kom det i 2009 nye lovendringer i pasient- og brukerrettighetsloven som regulerer bruken av tvang, noe vi ønsket å utforske hvordan sykepleiere håndterer. Sykehjem som forskningsarena følte vi var mest relevant da det ofte er her sykepleiere arbeider med personer med demens. Studiene til Hem et al. (2011) og Gjerberg et al. (2013) ble begge basert på fem sykehjem. Thorvik et al. (2014) tok utgangspunkt i to sykehjemsavdelinger for demente der den ene var spesielt tilrettelagt for utfordrende atferd. Studien til Rognstad & Nåden (2011) er basert på en sykehjemsavdeling for aldersdemens og alderspsykiatri. Dette til sammen representerer et bredt spekter for arbeidshverdagen i demensomsorgen.

#### 5.1.2 Forskernes bakgrunn

For å sikre artiklens troverdighet, undersøkte vi forskernes bakgrunn og hvilke områder litteraturen deres er basert på. Noen av forfatterne hadde medisinskfaglig bakgrunn som for eksempel sykepleier med eller uten spesialutdanning. Samtlige av forfatterne hadde forskerkompetanse og vitenskapelige stillinger på høyt nivå, og flere av dem jobbet innenfor sykepleievitenskapelig område.

#### 5.1.3 Studienes deltakere

I alle artikler var sykepleiere blant de intervjuede, noe som samspiller med vår hensikt. I tillegg inkluderte studiene hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og noen uten formell kompetanse. Thorvik et al. (2014) og Rognstad & Nåden (2011) intervjuet sykepleiere med

spesialutdanning innenfor demens eller psykiatri. Noen av de intervjuede jobbet på spesialenheter for utfordrende atferd. Et inklusjonskriterie i Thorvik et al. (2014) sin artikkel var at deltakerne måtte ha stilling mellom 30% til 100%. De resterende artiklene har ikke formulert klare inklusjons- og eksklusjonskriterier. Deltakernes kjønn og alder er ikke oppgitt i noen av artiklene. Deltakerne i Rognstad & Nåden. (2011), Gjerberg et al. (2013) og Hem et al. (2011) ble rekruttert til studiet via sykehjemsleder og avdelingsledere.

#### *5.1.4 Kvalitativ tilnærming som metode*

Vi bestemte oss tidlig for temaet tvang i demensomsorg på grunn av erfaringer fra jobb eller praksis og med det et ønske om å innhente kunnskap om ulike tilnærminger ved utfordrende atferd. Gjennom søkeprosessen viste det seg at forskningen på området hovedsakelig er kvalitative studier. Det kunne vært spennende og brukt kvantitative studier for å få mer statistikk rundt tvangsbruk. Imidlertid anser vi kvalitative studier som mer relevante for oppgavens hensikt da vi ønsket å undersøke sykepleieres opplevelser for å få en dypere og helhetlig innsikt i sykepleie til demensrammede. Når studiene er basert på erfaringer blir resultatene troverdige. Vi mener at metoden, og fire utvalgte forskningsartikler, har vært tilstrekkelig og fornuftig.

To av våre artikler baserer seg på fokusgruppeintervjuer, en på forskningsintervjuer og en på feltobservasjoner. Intervjuene baserte seg på hvordan personalet stiller seg til tvang, autonomi, situasjoner som utløser tvang og alternative strategier. Thorvik et al. (2014) foretok feltobservasjoner i 3 faser der de først observerte omgivelser og setting, deretter ansattes samspill og samhandling og til slutt var de med pleiere i ulike situasjoner og noterte seg handlinger og utsagn i møte med pasientene.

To av artiklene vi har valgt er av eldre innhold. Sykepleiere er pliktet til å holde seg faglig oppdatert. Likevel mener vi at innholdet i artiklene fortsatt er like relevant i møte med pasienter med demens ettersom artiklene beskriver tilnærminger og andre tiltak som virker hensynsfullt ved utfordrende atferd. Sykepleierne forsøker å ivareta verdigheten gjennom sine handlinger, noe som er svært viktig i møte med en uhelbredelig sykdom.

#### *5.1.5 Søke- og analyseprosess*

Vår første artikkel fant vi ut ifra tre nøkkelord etter en lang prosess med ulike søkekombinasjoner, presisert i metodekapittelet. Ut ifra dette valgte vi å søke videre i ulike

databaser med samme tre nøkkelord. Dette kan ha gjort at vi har fulgt et spor med lite variasjoner. Vi unnlot å bruke trunkeringer i søkene for å begrense antall treff, men vi ser i etterkant at trunkering gir større sannsynlighet for at man ikke går glipp av relevante artikler i søkeprosessen da inkludering av flere versjoner av samme ord kan gi et mer variert utvalg av studier (Friberg, 2017, s. 71). En konsekvens av søkemetoden er at utvalgte artikler bygger på hverandre. Dette kan i tillegg ha påvirket analyseprosessen ved at artiklene er for like. Det må derfor trekkes frem at litteraturstudiet gjerne ikke dekker alle sider ved forebygging av tvang, men bygger på studienes nokså like tiltak. Dette tror vi kan være en kombinasjon av lite erfaring med å søke etter vitenskapelige artikler samt tids- og ordbegrensningen vi hadde til rådighet.

Selekteringen kan ha medført glipp av andre relevante data som kunne styrket grunnlaget for å svare på hensikten. Fire artikler begrenser forutsetningen for å besvare vår hensikt i lys av fagområdets bredde og kompleksitet. En litteraturstudie basert på relativt lite datagrunnlag kan påvirke dens troverdighet og validitet. Derimot, etter å ha reflektert og studert sterke og svake sider ved våre utvalgte studier, mener vi at vi har valgt relevante data. Artikler og annen faglitteratur som vi har kommet over i søkeprosessen henviser til flere av våre utvalgte studier og presenterer flere av de samme resultatene som vi kom frem til. Dette støtter våre valg av artikler som grunnlag for oppgaven. Ikke minst tydeliggjør dette at temaet er svært viktig og aktuelt for norsk helsevesen.

Under analysearbeidet anvendte vi Fribergs analysemodell (2017). Om andre skulle ha analysert de aktuelle artiklene er det usikkert om de hadde kommet frem til de samme resultatkategoriene. "Vi har alltid våre fordommer eller vår forforståelse med oss inn i en undersøkelse" (Dalland, 2012, s. 117). Våre forhåndsoppfatninger og praktiske erfaringer rundt temaet har trolig påvirket analysen og bearbeidingen av resultatet. Også deltakerne i studiene har sin virkelighetsoppfatning som preger deres deltakelse i studiene. Dermed kan man trekke forskjellige konklusjoner. Erfaringsmessig etter dette arbeidet mener vi at vi har et forbedrende potensiale i forhold til kunnskap om analyse og søkeprosesser.

## 5.2 Resultatdiskusjon

I følgende delkapittel diskuteres våre hovedfunn opp mot aktuell litteratur for å kunne besvare hvordan sykepleiere kan bidra til å forebygge tvang ved utfordrende atferd hos pasienter med demens på sykehjem.

### 5.2.1 *Balansen mellom makt og autonomi*

Resultatene (Gjerberg et al. 2013; Hem et al., 2011; Rognstad & Nåden, 2011) viser til sentrale utfordringer rundt autonomiprinsippet og tvang. Dette kan forstås i lys av at sykepleierne daglig sto overfor etiske dilemmaer, hvor motstanden fra pasienten kom i veien av forpliktelsen til å hjelpe (Rognstad & Nåden, 2011, s. 149). Derimot viste tre av studiene til tvang som siste utvei (Gjerberg et al., 2013; Hem et al., 2011; Rognstad & Nåden, 2011). Forskning viser at hvordan pleiepersonell utøver sin makt er avgjørende for å unngå å krenke pasientens menneskeverd (Gjerberg et al., 2013, s. 635). For å kunne bestemme selv må man være samtykkekompetent og sykepleier må tilrettelegge for autonome valg i størst mulig grad og ikke hemme pasienten mer enn hva sykdommen gjør (Granum, Opsahl & Solvoll, 2018). Pasient- og brukerrettighetsloven sier følgende: “ Før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, må tillitsskapende tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette” (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4A-3). Dette kan relateres til forskrift om kvalitet i pleie, hvor man skal handle med utgangspunkt i respekt for pasientens selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel (Kvalitetsforskrift for pleie og omsorgstjenester, 2003, §1). Med andre ord krever det at sykepleierne evner å bruke kompetanse og erfaring for å finne de beste løsningene og tilnærmingene i utfordrende situasjoner.

Resultatene (Gjerberg et al., 2013; Hem et al., 2011; Rognstad & Nåden, 2011) beskriver videre still som et konfliktområde. Sykepleierne oppgir at følelsen av å være rene og velstelte har sterk tilknytning til pasientens verdighet (Hem et al., 2011, s. 299). Derimot vil avhengighet sette pasientene i en utsatt posisjon hvor ulike prosedyrer kan være integritetstruende for pasienten og emosjonelt belastende for sykepleieren (M. Kirkevold et al., 2010, s. 150). Dette assosieres med at problemer oppstår i forbindelse med samhandling hvor pasienter med langtkommen demens ofte sliter med å tolke omgivelsene rundt seg. Situasjonen kan raskt oppfattes som skremmende, hvor resultatet er utagerende atferd (Ø. Kirkevold et al., 2004, s. 24 - 25). Ofte kan oppmerksomheten vår rettes mer mot pasientens krevende atferd fremfor vår egen væremåte, som tross alt kan være en utløsende miljøfaktor (M. Kirkevold et al., 2010, s. 151). Dermed kan det lett oppstå en blanding av maktkamp og maktesløshet mellom pasient og pleier som gjensidig påvirker hverandre (M. Kirkevold et al., 2010, s. 151). Sett under ett mener vi at kjennskap til pasienten og varhet overfor egne handlinger og holdninger bidrar til å utjevne maktforholdet.



### 5.2.2 *Mellommenneskelig tilnærming*

Hem et al. (2011) og Thorvik et al. (2014) peker på god omsorg som anerkjennende holdninger og et ønske om å ivareta pasientens integritet. Særlig opplevde de at mellommenneskelige tilnærminger bidro til å gi den demente pasienten mer kontroll og frivillighet i stressende situasjoner (Gjerberg et al., 2013, s. 638). Flere av sykepleierne beskriver viktigheten av å forstå, og sette seg inn i pasientens livshistorie. Dette bidro til en felles forståelse av hvordan pasientens oppførsel kunne relateres til deres medisinske tilstand (Gjerberg, et al., 2013, s. 638). Dette svarer til forskning som viser at aktivt bruk av livshistorie i samhandling fremmer trygghet og verdighet (Simonsen & Helgesen, 2021, s. 2). Mye av demensomsorgen baseres på prinsippet om personsentrert omsorg og mellommenneskelige tilnærminger. Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee uttrykte viktigheten av å ikke se mennesket som en sykdom, men et menneske med sykdom (Travelbee, 1999, s.65). Omsorg er ikke bare noe vi er forpliktet til å vise, men det skal gjennomsyre alt samvær i et pleier-pasient-forhold. Det vil si, om man ser rent teknisk på våre oppgaver uten å involvere oss selv kan pasienten føle seg som en gjenstand, ikke et medmenneske med verdighet (Berentsen, 2008, s. 147).

Resultatene til Hem et al. (2011) angir at etablering av tillitsfulle relasjoner til pasienten krever “en bevegelse fra seg selv som en iverksetter av nødvendige pleietiltak mot en sensitivitet knyttet til å etablere trygge relasjoner” (Hem et al., 2011, s. 300). Særlig handler det om å prioritere samvær med pasienten fremfor å gjennomføre praktiske pleieoppgaver (Hem et al., 2011, s. 300). Dette kan relateres til Joyce Travelbee som siktet mot to forutsetninger for å etablere et godt hjelpeforhold: Å ha en tilstrekkelig kunnskapsbase og evnen til å ta den i bruk, og evnen til å bygge opp og opprettholde hjelpeforholdet og bruke seg selv terapeutisk. Disse forutsetningene krever at sykepleier har en dyptgående innsikt i det å være menneske og sette seg inn i andres opplevelser (Travelbee, 1999, s. 45). Slik vi ser det vil personsentrert omsorg redusere agitasjon og utfordrende atferd og med det også minske tvangsbruk.

### 5.2.3 *Kunnskap og kompetanse*

Resultatene (Gjerberg et al., 2013; Hem et al., 2011; Rognstad & Nåden, 2011; Thorvik et al., 2014) viser at forståelse og kjennskap til pasienten, sykdommen og atferd som et kommunikasjonsuttrykk er avgjørende for god samhandling. Det påpekes at pasientens atferd relaterer til pleieres opptreden (Hem et al., 2011; Thorvik et al., 2014). Dette kan skyldes at de

psykologiske og atferdsmessige symptomene blir mer fremtredende med tiden der følelsesuttrykk kompensere for ord (Ø. Kirkevold et al., 2004, s. 15). Det er først og fremst sykepleierens oppgave å oppfatte budskapet i handlingene. Da kreves det kunnskap og kompetanse innenfor gode kommunikasjonsferdigheter. Forskning viser at vår evne til å lytte aktivt, vise interesse og respekt blir avgjørende for kvaliteten på omsorgen og relasjonen (Eide & Eide, 2007, s. 383). I praksis er det tydelig at dagsform og hvor langt pasienten er i forløpet i sin demenssykdom vil være avgjørende for kommunikasjonen, noe som krever kompetanse for å kunne vurdere (Heyn, Finnbakk, Amundsen & Jerm, 2016). Med andre ord må personer med demens føle seg sett, hørt og akseptert for å opprettholde sitt egenverd (Berentsen, 2008, s. 153).

Videre pekes det på sentrale utfordringer ved mangel på kunnskap og kompetanse blant sykepleiere (Gjerberg et al., 2013; Rognstad & Nåden, 2011; Thorvik et al. (2014). For det første vil mangel på kompetanse og kunnskap gjøre tvang i sykehjem utbredt. For det andre kreves det høy faglig kompetanse av personalet for at demensrammede skal bli hjulpet på en etisk og kyndig måte, noe som kan refereres til forsvarlighetskravet hvor vi er pålagt å yte faglig forsvarlig omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, §4). Relatert til pasient- og brukerrettighetsloven er tvang absolutt siste utvei og det kreves derfor kunnskap om tillitsskapende tiltak (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4A-3). For å forebygge tvang må man ha kunnskap om hva som trigger og trykker ulike situasjoner hos den enkelte pasient. Hvilke aspekter ved den enkelte pasients situasjon er særlig utsatt for integritetskrenkelse? Hvordan oppfatter den enkelte sitt personlige territorium og hva oppleves som invaderende på dette området? (M. Kirkevold et al, 2010, s. 98). Teorien hevder at pasienten kan gå i forsvar dersom han føler seg truet eller mister kontroll. For å håndtere utagerende atferd stilles det derfor betydelige krav til pleiepersonell både ved observasjon, kommunikasjon og tiltak (Hyldmo, Nordhus & Hafstad, 2004).

#### *5.2.4 Flexibilitet*

Flexibilitet beskrives som evnen til å tilpasse seg den dementes opptreden (Gjerberg et al., 2013; Hem et al., 2011; Thorvik et al., 2014). Sykepleierne i artikkelen til Hem et al. (2011) påpekte at: "de finner løsninger, tar pasientenes perspektiv, er tålmodige, handlingsorienterte, nærværende og vennlige" (Hem et al., 2011, s. 299). Flexibel samhandling kan knyttes til faktorene som er nevnte tidligere i kapitlet: å tilnærme seg den enkelte basert på kjennskap til pasienten og livshistorien, og det å ha kunnskap om triggerfaktorer for å unngå vanskelige

situasjoner. I tillegg spiller kommunikasjonsferdigheter inn, for eksempel validering. Videre ser vi at å møte pasienten på hans premisser gir et bedre grunnlag for å beherske situasjonen enn å grensesette pasienten (Ø. Kirkevold et al., 2004, s. 26). Forskning viser at et “føre-var” prinsipp bidrar til å hindre utløsende årsaker da atferdsmessige symptomer kan knyttes til konkrete situasjoner (Helsedirektoratet, 2019). Uten fleksibilitet vil ikke pasienten få ivarettatt sine ressurser og følelsen av trygghet, støtte og engasjement forsvinner (Aldring og helse, 2020b). Alt i alt gjelder det å finne de kreative løsningene i vanskelige situasjoner for å finne alternativer til tvang.

To av våre utvalgte artikler viser at pleiere har stort fokus på rutiner og rammer fremfor personsentrert omsorg (Hem et al., 2011; Rognstad & Nåden, 2011). Dette kan for det første skyldes tidspress og økte krav om effektivitet (Midtbust & Alnes, 2020). For det andre kan sykepleierens evne til å omprioritere og opptre handlingsorientert også påvirke pasient- og pleierforholdet. Slik Travelbee hevder er hvert forhold unikt, og det er vår oppgave som sykepleier å tone oss inn på pasienten og verne om deres verdighet. Fleksibilitet er nemlig en viktig ingrediens i personsentrert omsorg (Cohen-Mansfield & Bester, 2006, s. 540). For å tilpasse omsorg til den enkelte må tidsplaner, beslutningsprosesser og omgivelsene tilpasses den enkeltes behov, noe som krever stor grad av fleksibilitet (Cohen-Mansfield & Bester, 2006, s. 540). Med andre ord vil tålmodighet, innlevelse og forståelse for pasienten skape tryggere rammer for alle involverte.

#### *5.2.5 Bemanning og ressurser*

Resultatene avdekket at tilstrekkelig bemanning og ressurser er avgjørende for å unngå tvang (Gjerberg et al., 2013; Hem et al., 2011; Rognstad & Nåden; Thorvik et al., 2014). Særlig opplever de at mangel på overnevnte faktor reduserer muligheten for personsentrerte tilnærminger, for eksempel en-til-en pleie. Et gjentatt dilemma var: hvis en pasient motsetter seg pleiehjelp må gjerne oppgaven overlates til en annen kollega, men dette krever et visst antall ansatte på jobb (Gjerberg et al., 2013, s. 639). For det første vil lite bemanning medføre mindre tid til å møte pasienten på deres premisser og å utføre oppgavene ordentlig. For det andre bidrar ressursmangel til dårligere kvalitet på pleie, utsettelse og venting for pasienten, og generelt utilfredsstillende ivaretagelse av behov for sosial kontakt og fysisk aktivitet (Førde, Pedersen, Nortvedt & Aasland, 2006, s. 1913). Dessuten vet vi at kommunene har store problemer med å rekruttere kompetente ansatte og mangelen erstattes ofte med ufaglærte (Benonisen & Sørensen, 2021). Forskning viser at deltidstillinger og personalutskiftning bidrar til fragmenteringer som påvirker kontinuitet i relasjonen og øker faren for utfordrende

atferd (Benonisen & Sørensen, 2021). Gjennom erfaring ser vi at demensrammede og eldre pasienter generelt trenger tid for å bli kjent og fortrolig med hjelperen sin. Altså krever det mindre utskiftninger og mer stabilt personell.

Resultatene viser at individuelle meningsfulle aktiviteter beroliger pasienten (Thorvik et al., 2014, s. 238). Dette innebærer aktiviteter som skjer på den enkeltes premisser ut fra dagsform, interesser og ønsker, for eksempel sang og musikk (Rokstad, 2012, s. 51 - 54). Samtidig blir sykepleiere pålagt flere oppgaver. Vi ser at travelhet, tidspress og vanskelige prioriteringer gjør at sykepleiere kommer til kort i håndtering av utfordrende atferd og at tvang fort blir enkleste utvei. Forøvrig har kommuner høye velferds ambisjoner, men ansatte klager ofte over utilstrekkelige ressurser til å oppfylle disse (Midtbust & Alnes, 2020). Dette kan ses i lys av hvordan sykehjemmet organiserer sitt daglige arbeid. Slik Travelbee påpeker er sykepleie en samhandlingsprosess hvor den enkelte skal møtes som et unikt individ, men dette krever tilstrekkelig med tid, ressurser og kompetanse. Sett under ett, for å kunne gi forsvarlig helsehjelp og bevare pasientens verdighet, må man forebygge og planlegge og ha god struktur innad i institusjonen (Ladstein, 2021).

## 6.0 Anvendelse av resultat i praksis

Demensomsorgen krever et personale med fagkunnskap, klinisk erfaring, og evnen til å vurdere situasjonen og ta riktige avgjørelser (Rognstad & Nåden, 2011, s. 153). For å forebygge tvang må man utjevne maktforholdet mellom pleier og pasient ved å respektere pasienten bak sykdommen. Med kjennskap til pasienten og evne til fleksibilitet kan man skape tillitsfulle tilnærminger basert på pasientens ønsker og vaner. Selv om analyserte studier brukte tvang som siste utvei, ser vi et forbedringspotensial på flere områder innen demensomsorgen da det er en utsatt pasientgruppe. Mangel på kompetent personale påvirker beslutningstakingen rundt tvangsbruk. Vi ser for oss at økt kunnskap om pasienten og sykdommen vil lede til endrede holdninger som igjen medfører mindre tvang da sykepleierne blir mer bevisste over sine tilnærminger. Da blir man mer forberedt på det uforutsigbare i møte med en sykdomstilstand som kan variere fra dag til dag. Forslagene nedenfor har som hensikt å øke sykepleieres kunnskaper og ferdigheter, og bidra til å bli mer bevisst over hva som hemmer og fremmer samhandling og med det unngå tvang.

- Vi foreslår å innføre fagmøter på avdeling, en gang i uken for alle pleierne og lederne. Vi mener at fagmøter er effektivt for å kunne forstå pasienten utagerende atferd og dermed økt mulighet til å forutse og forhindre slik atferd. Man vil kunne reflektere over situasjoner og tiltak som ble utført, og få veiledning og tilbakemeldinger fra kollegaer.
- Vi foreslår at det innføres fagdager og kurs for å heve kompetansen og bidra til mer kunnskap rundt demens, tvangsbruk og forebygging. Disse kursene kan inneholde tema som kommunikasjon, pasientsikkerhet, tilnæringsmetoder og øvelse på praktiske situasjoner som stell. Hensikten vil være å skape trygghet i usikre og uforutsigbare situasjoner og skape en kultur som bygger på respekt for den demente pasienten.
- Det anbefales at ledere prioriterer nok bemanning med faglig kompetanse på jobb til enhver tid. Dette vil medvirke til en-til-en omsorg og oppfølging av pasienten, i tillegg til muligheten for bytte eller hjelp i utfordrende situasjoner.
- Rutinemessig etisk refleksjon i sykehjemsavdelinger anses som nødvendig i arbeid med pasienter med demens. Som sykepleier, og annet helsepersonell, må man stadig

delta i avgjørelser når pasientens beslutningsevne avtar. Her vil både erfaringer og casearbeid være aktuelt da kan man reflektere over egen praksis og forbedre den.

## Referanser

Aldring og helse. (2020). *Når kommunikasjonen svikter - inspirasjon og gode råd til pårørende til personer med demens*. (Brosjyre). Tønsberg: Aldring og helse - Nasjonal kompetansetjeneste.

Aldring og helse. (2020). *Strukturert miljøbehandling i demensomsorgen*. Tønsberg: Aldring og helse - Nasjonal kompetansetjeneste.

Aldring og helse. (2021, 9. juli). Personsentrert omsorg.  
[https://veiviserdemens.aldringoghelse.no/personsentrert-omsorg/?doing\\_wp\\_cron=1648544507.0876400470733642578125](https://veiviserdemens.aldringoghelse.no/personsentrert-omsorg/?doing_wp_cron=1648544507.0876400470733642578125).

Benonisen, M. A. & Sørensen, I. (2021). God demensomsorg handler om rett kompetanse til rett tid. Nye Troms. Hentet fra <https://nye-troms.no/ytringer/god-demensomsorg-handler-om-rett-kompetanse-til-rett-tid/19.22689>.

Berentsen, V. D. (2008). *Demensboka*. Oslo/Tønsberg: Forlaget Aldring og helse  
Brooker, D. (2013). Personsentrert demensomsorg - veien til bedre tjenester. Trøndelag: Aldring og helse.

Cohen-Mansfield, J. & Bester, A. (2006). Flexibility as a Management Principle in Dementia Care: The Adards Example. *The Gerontologist*, 46(4), 540 - 544.  
<https://doi.org/10.1093/geront/46.4.540>.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide & Eide. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner* (2.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Fonn, M. (2020). Demens: Hva gjør du når pasienten blir sint?. *Sykepleien forskning*.  
<https://sykepleien.no/2020/02/demens-hva-gjor-du-nar-pasienten-blir-sint>.

Friberg, F. (2017). (Red.). *Dags för uppsats* (3.utg). Lund: Studentlitteratur AB.

Førde, R., Pedersen, R., Nortvedt, P. & Aasland, O. G. (2006). Får eldreomsorgen nok ressurser?. *Tidsskriftet den norske legeforening*, 126(15), 1913-1916.

<https://tidsskriftet.no/2006/08/aktuelt/far-eldreomsorgen-nok-ressurser#>.

Garden, M.H. & Hauge, S. (2012). Kampen for pasientens beste - sykepleiers opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens. *Sage Journals*, 32(4), 18 - 22. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1177/010740831203200405>.

Gjerberg, E., Hem, M. H., Førde, R. & Pedersen, R. (2013). How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study. *Sage journals: Nursing ethics*, 20(6), 632-644. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969733012473012>.

Granum, V., Opsahl, G. & Solvoll, B. A. R. (2018). Hvordan kan vi gi bedre pleie til pasienter med demens?. *Sykepleien Forskning*. Hentet fra

<https://sykepleien.no/meninger/innspill/2018/09/hvordan-kan-vi-gi-bedre-pleie-til-pasienter-med-demens>.

Helsedirektoratet. (2019, 27.November). Om demens. Hentet fra

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens>.

Helsepersonelloven. (1999.). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>.

Hem, M .H., Gjerberg, E., Pedersen R. & Førde, R. (2011). Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang. *Sykepleien Forskning*, 5(4), 294-301.

10.4220/sykepleienf.2011.000.

Heyn, L., Finnbakk, E., Amundsen, K. & Jerm, S. (2016, 22. Februar). Å kommunisere med personen bak diagnosen. Hentet fra

<https://sykepleien.no/meninger/innspill/2016/02/kommunisere-med-personen-bak-diagnosen>.

Hyldmo, I., Nordhus, I. H. & Hafstad, R. (2004). Marte Meo: En veiledningsmetode anvendt i demensomsorgen. *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening*, 41(1), 16 - 20. Hentet fra



<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2004/01/marte-meo-en-veiledningsmetode-anvendt-i-demensomsorgen>.

Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.). (2010). Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kirkevold, Ø., Lillesveen, B., Engedal, K. & Nygård, A. M. (2004). Tvang helst ikke... Oslo: Nasjonalt Kompetansesenter for aldersdemens.

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenester. (2003). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (FOR-2003-06-27-792). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2003-06-27-792>.

Ladstein, L. J. (2021, 7. september). Bemanningen på sykehjemmene må økes. Hentet fra <https://sykepleien.no/meninger/2021/09/bemanningen-pa-sykehjemmene-ma-okes>.

Midtbust, M. H. & Alnes, R. E. (2020). Mangel på kontinuitet er en trussel mot god demensomsorg. *Gemini.no*. Hentet fra <https://gemini.no/2020/03/mangel-pa-kontinuitet-er-en-trussel-mot-god-demensomsorg/>.

NHI. (2021, 30. Juni). Demens - en kort oversikt. Hentet fra <https://nhi.no/sykdommer/hjernenervesystem/ulike-sykdommer/demens-oversikt/>.

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

Rognstad, M. K. & Nåden, D. (2011). utfordringer og kompetanse i demensomsorgen - Pleieres perspektiv. *Nordisk sygeplejeforskning*, 2(1), 143 - 155.  
<https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2011-02-07>.

Rokstad, A. M. M. (Red.). (2012). *Bedre hverdag for personer med demens*. Tønsberg: Aldring og helse.

Rummelhoff, G. R., Smebye, K. L. & Tombre, B. (2016). Gir individuell omsorg. *Sykepleien Forskning*, (8), 42 - 45. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2016/08/vips-praksismodell>.

Selbæk, G. (2005). Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens. *Nor lægeforen*, 125(11), 1500-1502. <https://tidsskriftet.no/2005/06/medisin-og-vitenskap/atferdsforstyrrelser-og-psykiske-symptomer-ved-demens>.

Simonsen, M. & Helgsen, A.K. (2021). Utfordrende atferd hos personer med demens er krevende for sykepleiere. *Sykepleien Forskning*, 2021;109(86889). [10.4220/Sykepleiens.2021.86889](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.86889).

Strand, B. H. (2021, 23. februar). Demens. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>.

Thorvik, K. E., Helleberg, K & Hauge, S. (2014). God omsorg for urolige personer med demens. *Sykepleien Forskning*, 9(3), 236-242. [10.4220/sykepleienf.2014.0140](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0140).

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.

**Vedlegg 1: Søkelogg**

| <b>Søkedato</b> | <b>Databaser</b>                   | <b>Søkeord og kombinasjoner</b>                    | <b>Avgrensninger</b>                        | <b>Antall treff</b> | <b>Leste abstract</b> | <b>Leste artikler</b> | <b>Antall valgte artikler</b> |
|-----------------|------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------------|
| 14/3            | CINAHL                             | Dementia AND coercion AND nursing home.            | - Fra 2010 – 2022<br>- Academic Journals    | 6                   | 4                     | 2                     | 1                             |
| 14/3            | CINAHL                             | Dementia AND nursing care AND coercion             | - Fra 2010 – 2022<br>- Academic journals    | 2                   | 1                     | 1                     | 0                             |
| 15/3            | Oria<br>(videresendt til idunn.no) | Demens OG tvang OG sykehjem                        | - Fagfellevurdert tidsskrift<br>- 2010-2022 | 11                  | 4                     | 2                     | 2                             |
| 15/3            | Sykepleien.no                      | Demens OG sykehjem OG omsorg OG utfordrende atferd | - Forskningsartikler                        | 10                  | 3                     | 2                     | 1                             |

## Vedlegg 2: Litteratormatrise

| Forfatter(e)<br>Årstall<br>Tidsskrift<br>Land                                                                                        | Artikkel- tittel                                                                | Hensikten med studien                                                                                                                                                                   | Perspektiv (sykepleier / pasient/ pårørende) | Metode og analyse                                                                                                                 | Utvalg/ populasjon                                                                                                                                                                          | Hovedfunn/ resultater                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| - Thorvik, K. E.,<br>Helleberg, K. &<br>Hauge, S.<br><br>-2014<br><br>-Sykepleien<br>Forskning<br><br>-Norge                         | <i>God omsorg for urolige pasienter med demens</i>                              | Utforske og beskrive hva god omsorg er i en skjermet avdeling for demensrammede pasienter                                                                                               | Sykepleie perspektiv                         | -Kvalitativ tilnærming<br>-Deltakende observasjon<br>→feltobservasjoner og feltsamtaler<br>-Etnografisk inspirert analyse.        | -Ansatte ved 2 skjermet avdelinger.                                                                                                                                                         | -Funn beskrives i 3 hovedtemaer:<br>1. Alltid beredt: årvåken for pasientens tilstand, sans og handle raskt. Utnytte gyldige øyeblikk til å hjelpe.<br>2. Fleksibilitet: tåle pasientens opptreden, ikke korrigerer. Tåle å unngå rutiner. Kreativ i tilnærming<br>3. Kunnskap og kjennskap: kjennskap til demens, pasientens væremåte og vaner. Kontinuerlig tolke hva pasient har behov for. Utnytte kollegaers kompetanse.<br>-personorientert omsorg. Sans og forstå |
| -Gjerberg, E.,<br>Hem, M. H.,<br>Førde, R. &<br>Pedersen, R.<br><br>-2013<br><br>- Sage<br>Journals:<br>Nursing Ethics<br><br>-Norge | <i>How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study.</i> | Å belyse hvordan helsepersonell kan håndtere situasjoner hvor pasienten motsetter seg pleiehjelp og behandling, ved å ta i bruk alternative strategier og tiltak for å forebygge tvang. | Sykepleie perspektiv.                        | -Kvalitativ tilnærming.<br>- Fokusgruppedesign<br><br>-Ble teipet og transkribert<br><br>-Flere leste gjennom og diskuterte funn. | Totalt 5 sykehjem med til sammen 60 ansatte deltok i intervjuet.<br><br>Det ble utført 11 folkegruppintervju bestående av sykepleiere, hjelpepleiere og ansatte uten formell kvalifikasjon. | -Personell opplever bruken av tvang som ubehagelig og som en siste utvei hvis andre strategier ikke fungerer.<br><br>-De fleste strategiene som ble tatt i bruk var av mellommenneskelig karakter, hvor flere av personellet hadde egne strategier og teknikker de tok i bruk.<br><br>-Krav til tilstrekkelige ressurser, bemanning og kompetanse.                                                                                                                       |
| -Hem, M. H.,<br>Gjerberg, E.,                                                                                                        | <i>Pleie og omsorg i grenselandet mellom</i>                                    | Beskrive typiske pleiesituasjoner der pasienten                                                                                                                                         | Sykepleie perspektiv                         | - Kvalitativ tilnærming                                                                                                           | -60 pleiere fra 5 forskjellige sykehjem.                                                                                                                                                    | -Grensene mellom frivillighet og tvang er ofte uklare, og situasjonen kan snu raskt.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

Kandidatnummer: 5166 & 5275

|                                                                                             |                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                            |                              |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Pedersen, R. &amp; Førde, R.<br/>-2011<br/>-Sykepleien<br/>Forskning<br/>-Norge</p>      | <p><i>frivillighet og tvang</i></p>                                            | <p>motsetter seg hjelp<br/><br/>Å sette lys på grenselandet mellom frivillighet og tvang i demensomsorgen</p>                                                                                                                              |                              | <p>- Fokusgruppeintervju</p>                                                                                                                   | <p>Fordelt på 11 grupper</p>                                                                                                                        | <p>-Motstand fra pasienter kan ligge mer i måten situasjoner blir utført på enn motstand mot selve handlingen.<br/>-Legge vekt på relasjonsetablering gjør at pasienten får delta mer og oppleve mer selvkontroll. Øker frivillighet og samarbeid<br/>-Være var for pasientens uttrykk. Sårbar gruppe der lite skal til før de føler seg truet og uttrykker seg med utfordrende atferd: finne mening i det de uttrykker krever en tilnærming med respekt.</p>                                |
| <p>-Rognstad, M.K. &amp; Nåden, D.<br/>-2011<br/>-Nordisk sykeplejeforskning<br/>-Norge</p> | <p><i>Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen – Pleiers perspektiv</i></p> | <p>Å belyse behovet for kompetanseheving for å kunne ivareta verdigheten til pasientene i demensomsorgen. Artikkelen beskriver utfordringene og opplevelsene i arbeidssituasjoner i møte med personer med demens og utagerende atferd.</p> | <p>Sykepleie perspektiv.</p> | <p>-Kvalitativ tilnærming.<br/>- Forskningsintervju<br/>-Teipet og transkribert<br/>-Foretatt innholdsanalyse etter Kvaales og Brickmanns.</p> | <p>-Totalt 12 omsorgsgivere ble intervjuet. - Tilhørte avdeling for aldersdemens og alderspsykiatri.<br/>-Noen hadde utdannelse innen psykiatri</p> | <p>-Grensen mellom frivillighet og tvang er liten.<br/>-Personell gir uttrykk for maktesløshet og følelsen av å være mislykket da pasienten utagerer.<br/>-De kom ofte over etiske dilemma om tvang<br/>-Uttrykte at de ønsker og trenger mer opplæring og faglig oppdatering om hvordan å håndtere stressende og utagerende situasjoner i demensomsorgen.<br/><br/>-Trenger mer kompetanse for å kunne utøve den pleien pasienten trenger for å opprettholde verdigheten og autonomien.</p> |