

Fakultet for Helse- og sosialvitenskap

Eline Halbakken og Celine Andersen

Veileder: Merete Furnes

## Bacheloroppgave 2018

# Sykepleie i demensomsorgen - frivillighet eller tvang

## Dementia nursing - voluntary or forced

BASY2015

Antall ord: 13736

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA  NEI

## Sammendrag

**Tittel:** Sykepleie i demensomsorgen – frivillighet eller tvang / Dementia nursing – voluntary or forced

**Bakgrunn:** Fram mot år 2040 er det forventet en fordobling av personer med demens i Norge. Vi har erfaringer med at tvang og makt oppstår oftest i stellesituasjoner hos personer med demens og kan føre til etiske utfordringer. Med dette ønsker vi å rette fokuset mot personer med alvorlig demens og hvordan sykepleieren kan forhindre tvang og makt.

**Hensikt:** Oppgavens hensikt er å belyse hvordan helsepersonell kan unngå makt og tvang i stellesituasjoner. Vi ønsker å tilegne oss mer kunnskap om dette temaet og vi ønsker med oppgaven å bidra til å øke kvaliteten på sykepleieutøvelsen til personer med alvorlig demens.

**Problemstilling:** «Hvordan kan sykepleieren unngå makt og tvang i ivaretakelsen av personlig hygiene hos personer med alvorlig demens, samt ivareta autonomi, integritet og verdighet?»

**Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie basert på forskning, aktuell litteratur og egne praksiserfaringer.

**Konklusjon:** Å unngå tvang krever tid, kunnskap og ressurser. Sykepleierens holdninger preger også tvangsbruken. Veien mellom frivillighet og tvang er kort. Tvang oppstår ofte i stellesituasjoner som fører til etiske utfordringer. Sykepleieren har et stort ansvar når det gjelder å vurdere hva som er til pasientens beste. Det finnes ulike alternative strategier for å unngå tvang. Hvis en har kunnskap om disse kan det bidra til at situasjonen går mot frivillighet fremfor tvang. I tillegg er bevisst kommunikasjon avgjørende i møte med denne pasientgruppen for å forhindre tvang. Lovendringen i 2009 har trolig økt bevisstheten rundt bruk av tvang.

# Innhold

## Innholdsfortegnelse

### Sammendrag

#### Innhold

<b>1.0 Innledning og bakgrunn for valg av tema.....</b>	<b>5</b>
1.1 Hensikt.....	6
1.2 Problemstilling og presisering.....	6
<b>2.0 Metode.....</b>	<b>7</b>
2.1 Hva er metode?.....	7
2.2 Litteratursøk.....	7
2.3 Kildekritikk.....	9
<b>3.0 Teori.....</b>	<b>11</b>
3.1 Demens.....	11
3.2 Etske perspektiver.....	14
3.3 Lovverk og yrkesetiske retningslinjer.....	16
3.4 Sykepleieteoretikerne Kari Martinsen og Joyce Travelbee.....	17
3.5 Kommunikasjon og relasjon.....	20
<b>4.0 Resultater og funn.....</b>	<b>22</b>
4.1 Artikkel 1; How to avoid and prevent coercion in nursing home: A qualitative study.....	22
4.2 Artikkel 2; Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning.....	23
4.3 Artikkel 3; Makt og tvang i stellesituasjoner.....	23
4.4 Artikkel 4; Effective communication with people who have dementia.....	25
4.5 Artikkel 5; Seeing me through my memories: A grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in longterm care.....	26
4.6 Artikkel 6; Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang.....	26
<b>5.0 Drøfting.....</b>	<b>27</b>
5.1 Grenselandet.....	27
5.2 Sykepleierens holdninger, kunnskap og kompetanse.....	30
5.3 Til pasientens «beste?».....	31
5.4 Betydningen av bevisst kommunikasjon for å unngå makt og tvang.....	34

5.4.1 Reminisens.....	35
5.4.2 Realitetsorientering.....	36
5.4.3 Validering.....	37
5.4.4 Grunnleggende elementer.....	37
<b>6.0 Konklusjon.....</b>	<b>39</b>
<b>7.0 Litteraturliste.....</b>	<b>41</b>
<b>8.0 Vedlegg 1</b>	
<b>Vedlegg 2</b>	

## 1.0 Innledning og bakgrunn for valg av tema

I følge Demensplanen 2020 finnes det ingen studier som kan presisere forekomsten av antall personer med demens i Norge, men at det i europeiske studier i 2012 ble anslått å være over 77 000 personer med demens i Norge. Det er i tillegg forventet en fordobling av personer med demens i Norge fram mot år 2040 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Som en del av vår sykepleierutdanning skal vi skrive en bacheloroppgave hvor vi har valgt å skrive om temaet tvang og makt i demensomsorgen. Det er om lag 80% av alle beboere på sykehjem som har diagnosen demens. Dette sier Eide & Eide (2017, s. 97) er en av grunnene til at det er vanlig å bruke tvang i sykehjem. I 2005 oppsummerte Kirkevold data fra flere studier som viste at 45% av pasienter i skjermede enheter og 37% av pasienter i somatiske avdelinger ble utsatt for minst ett tvangstiltak i løpet av en uke (Johnsen & Smebye, 2008, s. 209). Dette høye antallet av bruk av tvang hadde trolig en innvirkning på at tvang ble tatt inn som en del av lovverket i 2009. Denne lovreguleringen innebar opprettelse av kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven som omhandler regler om bruk av tvang til personer uten samtykkekompetanse som motsetter seg nødvendig helsehjelp. Nærmere utdypelse av samtykkekompetanse er jf. i punkt 3.3. i teoridel. Formålet med loven er å forebygge og begrense bruken av tvang og sørge for at det ytes nødvendig helsehjelp for å hindre helseskade (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4A-1).

Bakgrunn for valg av tema er basert på våre egne erfaringer fra praksis. Vi har erfaringer med personer som har alvorlig demens fra sykehjem, skjermet enhet og alderpsykiatrisk avdeling. Disse erfaringene omfatter oppdagelser om at veien mellom frivillighet og tvang er kort, samt at det blir benyttet tvang og makt i større eller mindre grad i stellesituasjoner hos personer med demens. Derfor velger vi å ha fokuset på behovet for personlig hygiene hos personer med alvorlig demens. Vi har en oppfatning om at årsaker til at uforsvarlig makt og tvang benyttes, skyldes mangel på kunnskap, kompetanse og et tidspress i avdelingen hvor fokuset kan være mer oppgaverelatert enn personsentrert. Vi har selv opplevd at det å gi god sykepleie til denne pasientgruppen kan være etisk problematisk og kommunikativt krevende. På den andre siden gir det også mestring og glede når en lykkes med alternative metoder når pasienter motsetter seg helsehjelp.

## 1.1 Hensikt

Vi ønsker med denne bacheloroppgaven å tilegne oss ytterligere kunnskap og belyse ulike handlingsalternativer for å unngå makt og tvang hos personer med demens i stillesituasjoner. Vi anser det som en viktig sykepleieoppgave å ivareta behovet for personlig hygiene uten å krenke pasientens autonomi og bevare dens integritet og verdighet. I tillegg understrekes det i de yrkesetiske retningslinjene at sykepleieren har i oppgave å ivareta pasientens verdighet og integritet, retten til medbestemmelse og til ikke å bli krenket (Sneltvedt, 2016, s. 111). Vi begge er svært engasjerte i temaet tvang og makt og ønsker å bidra til å øke kvaliteten på sykepleieutøvelsen til personer med alvorlig demens.

## 1.2 Problemstilling og presisering

Vår problemstilling har vi formulert som følgende: «Hvordan kan sykepleieren unngå makt og tvang i ivaretagelsen av personlig hygiene hos personer med alvorlig demens, samt ivareta autonomi, integritet og verdighet?»

Vi ønsker å avgrense problemstillingen til personer med alvorlig grad av demens over 65 år på sykehjem, da vi har erfart at det er denne gruppen som er mest utsatt for tvang. Ivaretagelse av personlig hygiene hos personer med demens er et tema som vi har opplevd at ofte fører til etiske utfordringer. På bakgrunn av dette har vi vektlagt etiske perspektiver i oppgaven. Makt er ifølge Slettebø (2013, s. 79) et nøytralt begrep, men i problemstillingen har vi formulert begrepet med bakgrunn i at sykepleieren skal unngå å misbruke sin makt. Vi ser på pårørende som en viktig del av sykepleien til personer med demens, men vi velger og ikke skrive om dette i oppgaven. Dette på grunn av oppgavens omfang og at vi ønsker å holde en rød tråd gjennom oppgaven. Vårt ønske er å bruke ulike pasienteksempler fra våre opplevelser og erfaringer, som gjør at vi velger og ikke lage en case som følges gjennom hele oppgaven. I drøftingsdelen under punkt 5.2 har vi valgt å lage en case om Anna, som er basert på egne erfaringer for å drøfte et etisk dilemma.

## 2.0 Metode

I dette kapitlet vil vi få frem hvordan vi har samlet aktuelle data til å besvare vår problemstilling. Bacheloroppgaven er en litteraturstudie som bygger på skriftlige kilder som teori og forskning, samt egne praksiserfaringer for å besvare problemstillingen. Vi vil vise hvordan vi har kommet frem til våre utvalgte fag- og forskningsartikler og hvordan vi har vurdert disse kildene.

### 2.1 Hva er metode?

Metode forteller oss noe om hvordan en bør gå frem for å tilegne seg kunnskap. Ifølge Dalland (2017) beskriver Aubert (1985) en metode som en måte å gå frem på for å frembringe ny kunnskap og til å kunne løse problemer. En metode vil kunne hjelpe oss å gi en god datasamling og at denne dataen belyser problemstillingen på en god måte (Dalland, 2017, s. 51).

Ifølge Dalland (2017, s. 52-53) bygger kvalitativ metode på dybde- eller fokusgruppeintervjuer og har fokus på å gå i dybden og fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Ved kvalitativ metode tas det sikte på å få frem sammenheng og helhet og forskeren ser fenomenet innenfra, samt at det er et jeg-du-forhold mellom forsker og undersøkelsesperson. Derimot er en kvantitativ metode data som ofte fremstilles i grafer eller tabeller som er målbare og kjennetegnes ved å gå i bredden til fenomener. Kvantitative metoder er knyttet til atskilte fenomener og forskeren ser fenomenet utenfra. I denne metoden er det et jeg-det-forhold mellom forsker og undersøkelsesperson. De som benytter kvalitativ data benevnes som «tolkere» og tar sikte på å formidle forståelse, mens de som bruker kvantitativ data kalles «tellere» og tar sikte på å formidle forklaringer. Kvalitative undersøkelser har også elementer av kvantifisering og kvantitative forskere tolker også ofte sitt materiale.

### 2.2 Litteratursøk

Før vi startet søkeprosessen etter forskningsartikler var vi bevisste på våre ønsker i forhold til innholdet i artiklene og vi skrev ned ulike emneord vi ønsket å benytte oss av i søkene. Vi ønsket en eller flere artikler som kunne belyse ulike alternativer for å unngå bruk av makt og

tvang hos personer med demens, særlig med vekt på personlig hygiene og stellesituasjoner. På bakgrunn av dette valgte vi ut emneordene; demens, tvang, makt, sykehjem, stellesituasjon. Vi ønsket en artikkel som omhandlet tvangsbruk i sykehjem etter den nye lovendringen som kom i 2009. Vi så det da som relevant å anvende emneordene tvang og lovverk. Da vi begynte å skrive om kommunikasjon, så vi at det ville være relevant å søke etter en artikkel som omhandlet kommunikasjon og reminisensarbeid til personer med demens, hvor vi da formulerte emneordene demens, reminisens, kommunikasjon og sykepleie. Vi valgte å begrense søket til kun reminisens av de tre kommunikasjonsprinsippene som er beskrevet i teorikapittelet. Dette på bakgrunn av at vi har gode erfaringer med reminisensarbeid til personer med demens og det finnes lite teori om effekten av reminisens i bøkene vi har anvendt og ønsket dermed forskning på dette.

Vi skrev ned inklusjons- og eksklusjonskriterier som er av relevans for å finne gode artikler som kan besvare problemstillingen. Disse inklusjonskriteriene innebar personer med demens over 65 år som bor på sykehjem, artikler som følger IMRaD- struktur, er fagfellevurdert, publisert etter 2010 og er skrevet på engelsk eller norsk. Eksklusjonskriteriene innebar det motsatte. Dette utarbeidet vi før vi begynte med selve søket, og bidro til at vi ble mer bevisste på hva artiklene skulle inneholde.

I artikkelsøket har vi anvendt databasene tilhørende Høgskolen i Innlandet og funnet disse via Inn.no. Vi har søkt i databasene Svemed+, Cinahl og PubMed. Vi valgte disse på bakgrunn av deres innhold av litteratur, samt at vi er kjent med disse databasene fra tidligere oppgaveskriving. Svemed+ er en nordisk database innenfor medisin og helsefag. Cinahl inneholder tidsskrift basert på helsefag og sykepleie. PubMed er den største databasen innen sykepleie og medisin (Høgskolen i Innlandet, 2018).

Vi søkte med ulike MeSH-termer og kombinasjoner i ulike databaser. Vi brukte kombinasjonen AND for å kombinere og spisse søket vårt. Vi avgrenset søket til årstall 2010-2018. I følge de yrkesetiske retningslinjer har vi som sykepleiere ansvar for å holde oss oppdatert på forskning og utvikling (Sneltvedt, 2016, s. 110), og vi anser det som viktig å anvende forskning som er utført etter lovendringen i 2009 i pasient- og brukerrettighetsloven. Vi brukte norske MeSH-termer i databasen Svemed+ og engelske MESH-termer i de engelske



databasene PubMed og Cinahl. Vi benyttet oss av Helsebiblioteket.no for å finne MeSH-termer på norsk og engelsk; Makt, tvang, lovverk, dementia, coercion, nursing, nursing home, reminiscence therapy, communication strategies. Søkehistorikk med detaljert fremgangsmåte for hvordan vi har kommet frem til de ulike artiklene er presentert i skjemaer i vedlegg 1. Skjemaene innebærer også en kortfattet oppsummering av artiklens funn og konklusjon. Dette vedlegget har hjulpet oss med å få struktur og en enkel oversikt over artiklene.

Søkeprosessen endte med at vi kom frem til flere artikler, men vi fant fem forskningsartikler og en fagartikkel som vi anså relevant i forhold til problemstillingen. Dette kom vi frem til ved å nøye lese sammendraget for å få en oversikt over relevansen. Videre i analysen av våre artikler startet vi med å lese grundig de seks utvalgte artiklene. I lesingen hadde vi fokus på den delen av artikkelen som innebar resultater og funn, hvor vi markerte hver for oss de delene vi mente var relevant for å kunne drøfte vår problemstilling. Etter dette satt vi oss sammen ned med hver enkelt artikkel. Vi gikk i dybden for å få en helhetsforståelse og formulerte deretter funnene inn i skjemaene i vedlegg 1 for et mer systematisk og oversiktlig bilde.

For å finne aktuelle bøker har vi benyttet oss av pensumlister fra alle tre årene i de fagene som er aktuelle til vår oppgave. Annen litteratur har vi funnet ved å søke i skolens database Oria med aktuelle søkeord for å finne frem til bøker. I tillegg har vi benyttet oss av bibliotekets ansatte for veiledning og råd om aktuell litteratur. Vi har i utgangspunktet benyttet oss av sekundærkilder i forhold til bøker, men har også benyttet to bøker av primærkilder som er «Omsorg, sykepleie og medisin» av Kari Martinsen og «Mellommenneskelige forhold i sykepleie» av Joyce Travelbee. Sekundærkildene vi har anvendt i forhold til sykepleieteoretikere er; «Etikk i sykepleien» av Åshild Slettebø og kapittelet «Teoretiske perspektiver i sykepleie» av Nina Jahren Kristoffersen i «Grunnleggende Sykepleie». Sekundærkilder gjengir og tolker opplysninger fra en eller flere primærkilder, derimot er primærkilden den opprinnelige utgaven av en tekst og betegnes som den originale kilden. (Dalland, 2017, s. 162).

## **2.3 Kildekritikk**

I følge Dalland og Trygstad (2017) er det viktig at kildene vurderes både med tanke på

kvalitet og relevans for oppgaven. Via forelesning og anvendelse av boken «Metode og oppgaveskriving» har vi utviklet mer kunnskap om metoder, vurdering og det å være kritisk til kilder. Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes (Dalland & Trygstad, 2017, s 149-150). IMRaD- strukturen er ifølge Dalland & Trygstad (2017, s. 163) en struktur for oppbygging av forskningsartikler og er en forkortelse for introduksjon, metode, resultat og diskusjon. De hevder også at denne standardiseringen gjør det enklere å orientere seg i ukjente tidsskrift og lesingen blir mer effektiv. Dette er noe vi har erfart som positivt og ser oss enig i, da alle de utvalgte forskningsartiklene har denne strukturen.

De forskningsartiklene vi har anvendt i vår oppgave er av kvalitativ data. Artikkelen «Makt og tvang i stellesituasjoner» er en systematisk litteraturstudie som er basert på kvalitative studier og vi ser på denne som en oversiktsartikkel. Oversiktsartikler er sekundærstudier som innebærer å gi en oppsummering og sammenligning av data fra primærstudier med samme tematikk og emneord. De tar for seg og vurderer forskning som allerede er fremstilt i vitenskapelige tidsskrifter (Dalland, & Trygstad, 2017, s. 163). Oversiktsartikler ligger på et høyere nivå enn enkeltstudier i Kunnskapspyramiden. Kunnskapspyramiden er en modell som viser fem ulike nivåer hvor det øverste nivået har mer pålitelig kunnskap enn det nederste nivået (Helsebiblioteket, 2016). De fire resterende forskningsartiklene er kvalitative studier basert på fokusgruppeintervjuer og dybdeintervjuer. Disse er primærstudier, som er originalartikler og innebærer å presentere ny kunnskap om et emne. Artikkelen «Seeing me through my memories» har grounded theory som metode. Grounded theory- metoden innebærer å utvikle en ny teori med utgangspunkt i data. En forutsetning for analysen er at forskeren har evne til å forstå og identifisere hva som er viktig og hva som er mindre viktig (Johannessen, Tuftes & Christoffersen, 2016, s. 181-183). Vi har også funnet en fagartikkel, som skal gjøre kunnskap kjent (Dalland & Trygstad, 2017, s.163). Artiklene vi kom frem til er funnet i vitenskapelige tidsskrift, som gjør at de er fagfellevurdert. Det vil si at artikkelen er lest, vurdert og godkjent av eksperter innenfor fagområdet før den publiseres, noe som gjør artiklene troverdig og pålitelig (Dalland, 2017, s.154).

Som nevnt tidligere har vi benyttet to bøker av primærkilder for å konferere om teorien til sykepleieteoretikerne stemmer overens med sekundærkildene. I følge Dalland (2017) kan det

oppstå feil og mangler i sekundærlitteratur da denne blir tolket av forfatterne og vi ønsket dermed den originale teksten til sykepleieteoretikerne for å sammenligne med sekundærkildene. Vi anser sekundærkildene som mer oversiktlig, som igjen gjør det enklere for oss å finne frem til det som er relevant i vår oppgave. Ved å anvende sekundærkilden først bidrar det til at vi blir kjent med teoretikerne og deretter kan finne den relevante teorien i primærkilden for sammenligning.

For å kritisk vurdere de kvalitative studiene og oversiktsartikkelen, har vi anvendt «Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning» og «Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel». Sjekklisten er beregnet for studenter og helsepersonell og går ut på kritiske spørsmål for å komme frem til om resultatene i artikkelen er til å stole på, hva resultatene forteller og om disse kan være aktuelle for oss (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014). Ut i fra våre vurderinger har vi kommet frem til at artiklene er troverdige og aktuelle for å besvare problemstillingen. Denne vurderingen er fremstilt i skjema i vedlegg 2. Vi mener at skjemaet var godt utarbeidet med forklarende hjelpespørsmål som gjorde det til et godt hjelpemiddel for å være kritiske i vår vurdering.

## **3.0 Teori**

I dette kapittelet skal vi presentere aktuell litteratur som har relevans i forhold til problemstillingen og som legger grunnlaget for drøftingen sammen med funnene i våre utvalgte artikler. Vi velger å presentere følgende teori; demens, etiske perspektiver, lovverk, yrkesetiske retningslinjer, i tillegg sykepleieteoretikerne Kari Martinsen og Joyce Travelbee og kommunikasjon og relasjon.

### **3.1 Demens**

Er jeg i ferd med å bli dement? Dette er et spørsmål som ofte oppstår når eldre snakker om å glemme. De fleste forbinder demens med glemske og gamle mennesker som har mistet fotfeste i tilværelsen. For mange er demens ett skrekkebilde på hvordan det kan være å bli eldre. Det kan virke skremmende at en selv eller ens nærmeste kan forandre seg intellektuelt, atferdsmessig, følelsesmessig og få nedsatt funksjonsevne (Engedal & Haugen, 2009, s.15-16).

Demens er en fellesbetegnelse på en tilstand som kjennetegnes ved en kognitiv svikt som er kronisk og irreversibel, i tillegg til at den ofte forverres over tid. Den kognitive svikten innebærer betydelig nedsatt hukommelsesevne og tankeevne som fører til sviktende evne til å utføre dagliglivets aktiviteter sammenlignet med tidligere (Engedal & Haugen, 2016, s.13; Rokstad, 2008, s. 28). Demens skyldes ulike sykdommer eller skader i hjernen og deles inn i degenerativ demens, vaskulær demens og sekundær demens. Degenerativ demens innebærer sykdommer som fører til at celler i hjernen ødelegges og dør. Årsaken til at dette skjer er uklart, men det tyder på at årsaker som aldring, hodeskader og arvelighet spiller en rolle i utviklingen av noen av disse sykdommene (Engedal & Berentsen, 2017, s. 41-42; Snoek & Engedal, 2000, s. 186). Vaskulær demens skyldes sykdommer i små blodårer i hjernen, som for eksempel et hjerneinfarkt med manglete oksygentilførsel eller en hjerneblødning. Begrepet sekundær demens anvendes ved sykdommer i hjernen som ikke er knyttet til sykdom i blodårene og som ikke er degenerative. Årsakene til utviklingen av sekundær demens er blant annet hjernesvulst, traumer, stort alkoholforbruk eller ulike betennelsestilstander i hjernen (Engedal & Berentsen, 2017, s. 42).

Symptomer på demens avhenger av hvilke deler av hjernen som er rammet av den sykdommen pasienten har og i hvilken fase sykdomsutviklingen den enkelte befinner seg i. Symptomene kan deles inn i tre hovedgrupper; Kognitive, atferdsmessige og motoriske symptomer (Rokstad, 2008, s. 40).

De kognitive symptomene dreier seg om en svikt i kognitive funksjoner. Dette innebærer redusert oppmerksomhet som går utover våkenheten, oppmerksomheten for stimuli i omgivelsene og evnen til å holde fokus uten å la seg distrahere. De kognitive symptomene fører også til svikt i hukommelse og evnen til læring. Språkvansker oppstår ofte og det kan medføre problemer med å huske ord, svikt i talefunksjon og svikt i forståelsen av andres tale. Handlingssvikt, intellektuelle evner og gjenkjenning av objekter er også en del av de kognitive symptomene. De aller fleste med demens vil få endringer i atferdsmønsteret og i følelsesmessige reaksjoner av ulik form og grad. Disse innebærer depresjon, angst, vrangforestillinger, hallusinasjoner, økt motorisk uro, endret døgnrytme, aggressivitet, interesseløshet og repeterende handlinger. Motoriske symptomer innebærer at pasienten kan oppleve muskelstivhet og styringsproblemer, samt balansesvikt og inkontinens (Rokstad,

2008, s. 40-44).

Utviklingen av demens kan deles inn i tre hovedfaser og har ulik hastighet fra person til person. Det er også i noe grad avhengig av hvilken demenssykdom personen har, samt hvordan personen mestrer sykdommen (Engedal & Haugen, 2016, s. 17; Snoek & Engedal, 2000, s. 171).

Ved mild grad av demens er det de kognitive symptomene som først kommer til syne. Dette gjelder særlig sviktende hukommelse, evne til oppfatning og tenkning, samt at tidsorienteringsevnen svikter og språkevnen svikter (Engedal & Haugen, 2016, s. 17). Ved moderat grad av demens vil de fleste komme i kontakt med helsevesenet da de ikke har evne til å dekke behov som personlig stell og holde orden i egen bolig. I denne fasen vil pasienten ha utfordringer med å mestre vanskeligheter. Det vil også ofte oppstå atferdsmessige symptomer i form av vrangforestillinger, hallusinasjoner, avvikende adferd, i tillegg til angst, depresjon, rastløshet og passivitet (Engedal & Haugen, 2016, s. 18).

Alvorlig grad av demens er preget av betydelig handlingssvikt og hjelpeløshet med hensyn til å klare seg hjemme i egen bolig. Denne pasientgruppen er som oftest avhengig av en plass på institusjon. I tillegg til symptomene som har utviklet seg i mild og moderat grad av demens er personen i denne fasen avhengig av fysisk pleie og omsorg (Engedal & Haugen, 2016, s. 18). De motoriske symptomene oppstår ofte sent i forløpet. Disse innebærer at personer med alvorlig grad av demens har manglende evner til å koordinere bevegelser, samt balansesvikt og gangproblemer. Desto lenger sykdommen har utviklet seg, jo mer mister personen kontrollen over naturlige funksjoner, som blant annet evnen til å kontrollere urin og avføring (Engedal & Haugen, 2016, s. 34; Snoek & Engedal, 2000, s. 172). Utfordrende adferd oppstår ofte hos personer med alvorlig demens. Dette på grunn av at sykdommen har utviklet seg til et stadium hvor skaden i hjernen har økt og funksjoner i hjernen gradvis svekkes som fører til at symptomene øker (Snoek & Engedal, 2000, s. 170). Utfordrende adferd relateres til adferdsforstyrrelser og psykiske symptomer. Det kan være normale reaksjoner ut fra personens forutsetninger og opplevelse av en situasjon. Utfordrende adferd kan komme av at personens behov ikke er dekket, som en reaksjon på stress og angst eller fordi personen vet at atferden utløser en reaksjon i omgivelsene (Tretteteig, 2016, s. 273-276).

### 3.2 Etske perspektiver

Hva skal jeg gjøre for at handlingen blir riktig for pasienten? Etikk er teori om moral, og disse er viktige elementer i slike situasjoner (Brinchmann, 2016, s. 19; Slettebø, 2013, s. 5). Moral vil si regler eller retningslinjer for hva som er rett og galt i det praktiske liv, særlig i forhold til andre mennesker og vises i handlingene som mennesker utfører (Brinchmann, 2016, s. 18). Etikken hjelper oss ikke alltid til å ta valg, men kan hjelpe oss å klargjøre de valgmulighetene vi har, og belyse hvorfor noen av valgmulighetene er bedre enn andre (Slettebø, 2013, s. 5).

Sykepleieren har makt i sin utøvelse av sykepleie og det er viktig at en har et bevisst forhold til sin makt og hvordan denne utøves. Makt kan sees på som en evne eller en mulighet til å påvirke andre mennesker (Slettebø, 2013, s. 78). I følge Slettebø (2013) har sykepleieren mer makt enn pasienten i forholdet mellom dem, og det er spesielt viktig i disse tilfeller at sykepleieren viser en moralsk forsvarlig sykepleie. I situasjoner hvor sykepleieren skal hjelpe pasienten med for eksempel personlig hygiene blir pasienten i en sårbar situasjon, og det ligger an til at sykepleieren kan misbruke sin makt hvis en ikke er klar over hvilken makt man har og ikke bruker denne på en forsvarlig måte. Forsvarlig makt vil si å respektere pasienten og deres autonomi, samt å fremme det beste for pasienten (Slettebø, 2013, s. 79-80).

Tvang innen demensomsorgen skaper ifølge Johnsen og Smebye (2008, s.208) mange vanskelige situasjoner og dilemmaer, både for sykepleierne og pasientene. Tvang kan defineres som et tiltak som utføres til tross for at pasienten uttrykkelig motsetter seg, eller som tiltak pasienten underlegges uten at det er innhentet et gyldig samtykke (Eide & Eide, 2007, s.118). Når det stilles spørsmål om bruk av tvang kreves det en etisk vurdering av selve handlingen og mulige konsekvenser av denne. I denne vurderingen oppstår det ofte et etisk dilemma, som innebærer at verdier vi som sykepleiere er forpliktet av peker mot handlingsalternativer som fører til at vi uansett hva vi velger kan komme til å krenke de samme verdiene eller andre etiske verdier (Eide & Eide, 2007, s. 118).

De fire etiske prinsippene velgjørenhet, ikke-skade, rettferdighet og autonomi er viktige når man skal løse kompliserte medisinsk-etiske spørsmål og er relevant for sykepleiere (Brinchmann, 2016, s. 84). Vi er forpliktet til å følge et prinsipp som vi i utgangpunktet tillegger stor vekt, med mindre det oppstår konflikt mellom flere prinsipper (Brinchmann,

2016, s. 85). Da må de ulike prinsippene vurderes opp mot hverandre og en ser på hvilke prinsipper som har sterkest argumenter for å bli fulgt i den konkrete situasjonen (Slettebø, 2013, s.86). Dersom det sees nødvendig å tilside sette et prinsipp er regelen at en skal minimalisere konsekvensene så langt det lar seg gjøre (Brinchmann, 2016, s. 85).

Velgjørhetsprinsippet og ikke skade- prinsippet blir ofte omhandlet under ett fordi de begge fokuserer på å gjøre vel for pasienten. I følge prinsippet om ikke-skade har sykepleieren en plikt til å sørge for at pasienten ikke blir skadet av den behandlingen sykepleieren gir pasienten. Velgjørhetsprinsippet krever i tillegg at sykepleieren handler til det beste for pasienten og at en bør forebygge skade. Det vil si at ikke-skade prinsippet er passivt, mens velgjørhetsprinsippet krever aktiv handling. Disse prinsippene er konsekvensetiske prinsipper, som går ut på at konsekvensene av sykepleierens handlinger skal være til det beste for pasienten (Slettebø, 2013, s. 103). I følge Slettebø (2013, s. 104) står plikten til å ikke skade sterkere enn plikten til å gjøre det gode. Rettferdighetsprinsippet dreier seg om plikten til å behandle like tilfeller likt med formell rettferdighet og til å fordele ressurser rettferdig (Brinchmann, 2016, s. 85).

Autonomi kommer av gresk, og betyr selvregulering eller selvstyring (Brinchmann, 2016, s.87). Begrepet anvendes om pasientens og sykepleierens selvbestemmelse og kan forstås på tre ulike måter; som et prinsipp, en egenskap eller en rettighet (Slettebø, s. 88-89). Autonomi som prinsipp vil si at pasientens behov bør bli respektert når sykepleiepleiefaglige avgjørelser skal fattes, og at vi skal lytte til pasientens ønsker. Autonomi som egenskap er knyttet til pasientens evne til å handle i samsvar med egne planer og ønsker. Autonomi som rettighet vil si at pasienten har krav på å få sin autonome beslutning respektert. Pasienters rett til informasjon og medvirkning er både en etisk rettighet og er nedfelt i lovs form (Brinchmann, 2016, s. 89; Slettebø, 2013, s. 88-90). Autonomiprinsippet er det viktigste uttrykket for tanken i sykepleie om at pasienten selv skal bestemme over sin behandling og pleie, samt at prinsippet står høyt i sykepleierens handlinger (Nortvedt, 2016, s. 98).

I diskusjoner og drøftinger rundt pasienters autonomi anvendes ofte begrepet paternalisme (Brinchmann, 2016, s. 91). Paternalisme handler om at lege eller sykepleier bestemmer hva som er til det beste for pasienten, og tar en avgjørelse uten at pasienten deltar i beslutningen

(Slettebø, 2013, s. 105). Tradisjonelt var legen autoritær, paternalistisk og overstyrte hva pasienten selv ønsket. I dag har vi mye mer fokus på pasientens autonomi og selvbestemmelsesrett og paternalistiske holdninger hos helsepersonell blir nærmest sett på som noe negativt (Brinchmann, 2016, s. 91). Hovedregelen er at paternalisme skal unngås, men ifølge Brinchmann (2016, s. 91) godtas det når pasienten er ute av stand til å vurdere hva som er til dens beste, og utøvelsen forutsetter at helsepersonell må påvise svikt i pasientens kompetanse.

### **3.3 Lovverk og yrkesetiske retningslinjer**

I lovverket og i de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere understrekes det at respekt for pasientens verdighet og integritet er sentrale verdier som skal ivaretas i sykepleien til den eldre pasient. Disse verdiene er belyst sammen med det lovverket som gjelder for behandlingen og pleie i eldreomsorgen (Slettebø, 2014, s. 212). De yrkesetiske retningslinjene er utarbeidet for å sikre en høy etisk sykepleiefaglig standard blant sykepleierne og konkretiserer hva god praksis skal innebære (Sneltvedt, 2016, s. 98-99). Disse beskriver sykepleierens særlige ansvar for et faglig forsvarlig pleietilbud, og det er viktig at sykepleiere opptrer som pasientens advokat og har kompetanse til å argumentere for og ivareta rettigheter og behov hos den eldre pasienten og deres pårørende (Slettebø, 2014, s. 212).

Vi vil legge vekt på pasient- og brukerrettighetsloven med fokus på tvang og samtykkekompetanse hos pasienter med demens. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 1-1) fastslår at formålet er å bidra til å sikre at alle mennesker har lik tilgang på tjenester av god kvalitet. Loven skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helse- og omsorgstjenesten. Den skal også fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1). Som nevnt skjedde det i 2009 en lovregulering som innebar ett nytt kapittel i pasient- og brukerrettighetsloven. Dette kapittelet - 4A omhandler regler om bruk av tvang til personer uten samtykkekompetanse som motsetter seg nødvendig helsehjelp. I tillegg til det som er beskrevet innledningsvis er utgangspunktet for kapittel 4A at pasienter i størst mulig grad skal få den helsehjelpen som de antas å ville ha takket ja til dersom de hadde hatt samtykkekompetanse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Grude, 2016, s. 217-218). Det er to forhold som må avklares for å vurdere om helsehjelpen kan gjennomføres med



tvang. Disse forholdene innebærer hva som regnes som motstand mot helsehjelp og hvem og hvordan det vurderes om personen mangler samtykkekompetanse. Å avgjøre om pasienten motsetter seg helsehjelpen blir i mange tilfeller å tolke reaksjonene til pasienten, noe som gjerne krever god kjennskap til vedkommende. Pasientens uttrykk til motstand kan være verbalt eller fysisk, men det må tas hensyn til pasientens evne til å vise motstand (Grude, 2016, s. 218).

I et rundskriv fra Helsedirektoratet som omhandler pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A fremheves det fire forhold i vurderingen av samtykkekompetansen. Disse innebærer evne til å uttrykke valg og til å forstå informasjon som er relevant for beslutningen av helsehjelp. De to andre forholdene er evnen til å anerkjenne denne informasjon i sin egen situasjon herunder mulige konsekvenser og evnen til å resonnerer med relevant informasjon i en beslutning av de ulike behandlingalternativene (Grude, 2016, s. 215). Kapittel 4A har klare vilkår for at helsehjelpen kan gjennomføres hvor tillitsskapende tiltak står sentralt og må ha vært utprøvd før tvang kan benyttes (Grude, 2016, s. 218). Det benevnes i Demensplanen 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) at tillitsskapende tiltak omfatter tiltak som kan anvendes i en konkret situasjon med motstand og tiltak som anvendes på lengre sikt for å oppnå en generell tillitt. Dette kan bidra til at pasienten ikke motsetter seg helsehjelpen. Tiltakene innebærer å tilrettelegge slik at pasientens mulighet til å klare mest mulig selv økes. Det påpekes at det er viktig med en helhetlig tenkning for å finne ut av hva som ligger bak motstanden mot helsehjelpen, samt hvordan omsorgsmiljøet skal fungere for å skape trygghet. I rundskrivet trekkes det frem viktigheten med å blant annet ta seg god tid, kjenne pasienten og bruk av bevisst kommunikasjonsform (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

### **3.4 Sykepleieteoretikerne Kari Martinsen og Joyce Travelbee**

Sykepleieteori omfatter å beskrive de fenomener som sykepleiere er opptatt av og fremstiller ulike faglige sykepleieperspektiver. Teoriene deles inn i fire hovedgrupper etter hvilket perspektiv på sykepleie den enkelte teoretiker retter oppmerksomheten mot; interaksjonsteorier, behovsteorier, systemteorier og omsorgsteorier (Kristoffersen, 2016, s. 21 & 25).

Vi har valgt å ta for oss Kari Martinsen's omsorgsteori og Joyce Travelbee's interaksjonsteori. Vi mener at de ulike teoriene til sammen vil gi et mer helhetlig bilde av

sykepleie som fag og funksjon enn den enkelte teori vil gjøre alene (Kristoffersen, 2016, s. 28). Mennesker som lider av demens vil aldri bli friske av sykdommen, og vi mener derfor at tenkningen til Kari Martinsen om vedlikeholdsomsg er viktig når det kommer til denne pasientgruppen. Hennes tenkning om bruk av makt og overtramp står også sentralt i vår oppgave. Omsorgsteorien hennes gjenspeiler seg i våre praksiserfaringer om at det ofte ikke er et mål å bli selvhjulpen, særlig på sykehjem, men at det handler om å gjøre det best mulig i her-og-nå-situasjonen for pasienten (Martinsen, 2003, s. 78; Kristoffersen, 2016, s. 27). Vi ser Travelbee's teori som relevant da hun har fokus på kommunikasjon, relasjon og empati noe som vi anser som viktig i omsorgen til personer med demens da vi har erfart at denne pasientgruppen har behov for trygghet, ivaretagelse og forståelse fra sykepleieren.

Kari Martinsen har utviklet en omsorgsfilosofi med hovedfokus på omsorg som sykepleierens kjerne. Hennes omsorgsfilosofi tar primært opp grunnleggende spørsmål som er relatert til menneskelivets natur og livsvilkår, og konsekvensene dette synet har for sykepleie som yrkesvirksomhet. Martinsen tar distanse fra ulike former som overtramp og maktovergrep fra sykepleierens ståsted, og understreker at omsorg ytes på grunnlag av pasientens premisser som vil si sykepleierens personlige engasjement og innlevelse i pasientens situasjon (Kristoffersen, 2016, s. 53-60). Svak paternalisme er noe Kari Martinsen fremhever som ønskelig. Hun baserer omsorgen på prinsippet om sykepleierens ansvar for de svakeste, noe som også er kalt prinsippet om svak paternalisme (Slettebø, 2013, s. 75-76). Martinsen sier at sykepleieren har en fagkunnskap som pasienten ikke har, og at sykepleieren har et ansvar for å anvende sin faglige forståelse med en hensikt som gagnar pasienten på best mulig måte (Kristoffersen, 2016, s.60). Hun påpeker også at sykepleieren må håndtere en balansegang mellom formynderi og unnlatesessynder. Dette dreier seg om å ikke overkjøre pasienten, men samtidig anvende sin fagkompetanse til pasientens beste (Slettebø, 2014, s. 23). Sykepleieren må også være moralsk bevisst i sin utøvelse som ivaretar pasienten på en slik måte at det ikke blir maktovergrep (Slettebø, 2013, s. 76).

Martinsen konsentrerer seg om den *syke* syke, men det betyr ikke at andre grupper skal bli utelukket fra sykepleiernes omsorg. Hun mener at den syke skal ha økt prioritet og at det er et særlig ansvar fra samfunnets side om å ta vare på det syke mennesket. Ifølge Martinsen er omsorg en sosial relasjon- mellom minst to mennesker og hvordan disse menneskene viser

omtanke for hverandre. Omsorg har ifølge Martinsen noen fundamentale kvaliteter som bygger på at relasjonen mellom menneskene har med *fellesskap* og *solidaritet* å gjøre. Omsorg går ut på å ha en *forståelse* for andre, som en tilegner seg ved å utvikle erfaringer av å være sammen med andre mennesker. For at omsorgen skal være ekte, må en ha en *holdning* som å anerkjenne den andre personen ut i fra dens situasjon. I sykepleieutøvelsen av omsorg fremhever Martinsen at sykepleieren må lære å handle moralsk samt at faglig skjønn er viktig for å bedømme handlingen som skal utføres. Hun setter klokskap høyest da hun beskriver den faglig dyktige sykepleieren og hun påpeker at klokskap er noe som tar tid og at det oppnås gjennom erfaring. Det er nødvendig at det suppleres med annen kunnskap for at sykepleieren skal kunne vite hvordan omsorgen skal utøves og hvordan en skal forholde seg i ulike situasjoner (Martinsen, 2003, s. 69-71; Kristoffersen, 2016, s. 54-64).

Joyce Travelbee's sykepleiedefinisjon er velkjent og bygger på at sykepleie er en mellommenneskelig prosess hvor sykepleieren hjelper en person, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, samt om nødvendig å finne en mening i den situasjonen personen gjennomgår. Denne hjelpen skjer gjennom etableringen av et menneske- til- menneske- forhold i sykepleie som hun beskriver som en eller flere opplevelser og erfaringer som deles av sykepleierne og den som er syk, eller personen som har behov for sykepleiernes hjelp. I sin teori er hun opptatt av at mennesket er et unikt individ, likt, men også ulikt andre, samtidig som at mennesket er i vekst, utvikling og endring hele livet. (Travelbee, 2001, s. 29 & 41; Kristoffersen, 2016, s. 29).

Travelbee sier at et menneske- til- menneske- forhold er avgjørende for at sykepleieren skal nå sine mål og hensikter. Dette forholdet kan kun etableres mellom to mennesker og det er avgjørende at de ser hverandre som to likeverdige individer og legger rollene som sykepleier og pasient til side. Dette forholdet etableres gjennom fem faser som en interaksjonsprosess; **Det innledende møtet** er den første fasen og kjennetegnes ved at sykepleieren og pasienten ikke kjenner hverandre og at utfordringen vil være at sykepleieren legger fordommer til side og ser hele mennesket i pasienten. **Framveksten av identiteter** går ut på at sykepleieren og pasienten etablerer et kontaktforhold der sykepleieren begynner å forstå hvordan pasienten opplever sin situasjon, og pasienten oppfatter sykepleieren som en særegen person forskjellig fra andre sykepleiere. **Empati** er en nøytral forståelse som handler om evnen til å trenge inn i

eller ta del i og forstå den psykiske tilstanden som en annen person er i der og da. Når empati oppstår mellom to personer er forholdet blitt forandret. Likheter i erfaringsbakgrunn og ønsket om å forstå den andres opplevelse er en forutsetning for empati. **Sympati** er et resultat av den empatiske prosessen og er knyttet til et ønske om å hjelpe pasienten. Dette ønsket oppstår på grunnlag av den forståelsen for pasienten som sykepleieren har utviklet i empatifasen. Når en uttrykker sympati for en pasient, formidler en at en er engasjert i ham som en person og bryr seg om hvordan den har det. **Etablering av gjensidig forståelse og kontakt** er et resultat av interaksjonsprosessen og utvikles når sykepleieren i handling har vist både forståelse for og ønske om å hjelpe pasienten med å få det bedre, og også iverksetter sykepleietiltak i samsvar med pasientens behov. Pasienten vil få sterk tillitt da sykepleieren viser gjennom handlinger at en er til å stole på (Travelbee, 2001, s. 186-218; Kristoffersen, 2016, s. 33-34).

Evnen til å bruke seg selv terapeutisk beskriver Travelbee som viktig i samhandling med mennesker. Selvinnsikt, selvforståelse og forståelse av menneskelig atferd er viktige stikkord for sykepleierens evne til å bruke seg selv på en bevisst og gjennomtenkt måte i møte med andre mennesker. Hensikten er å bidra til en forandring som reduserer eller lindrer plagene til pasienten. Kommunikasjon er ifølge Travelbee et av sykepleierens viktigste redskaper for å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Kommunikasjon er en prosess og det er gjennom denne at sykepleieren blir kjent med pasienten som person (Travelbee, 2001, s. 44-45; Kristoffersen, 2016, s. 34-35).

### **3.5 Kommunikasjon og relasjon**

I følge Holthe og Tretteteig (2016, s. 261) viser forskning at god kommunikasjon i demensomsorgen handler om å skape en god struktur og faste rutiner. Hos personer med demens vil dette øke forutsigbarheten og tryggheten. Demens utfordrer kommunikasjonsprosessen på bakgrunn av den språklige og kognitive svikten som sykdommen innebærer. Kommunikasjon omhandler alle prosessene som mennesker påvirker hverandre gjennom. Det dreier seg om å formidle meningsfulle signaler og etablere felles mening, det dreier seg om gleden, om strevet og med å forstå og bli forstått. Positive holdninger, respekt og empati er forutsetninger for å oppnå god kommunikasjon og relasjon (Henriksen, 2008, s. 89 & 92).

Henriksen (2008) sier at det er tre viktige kommunikasjonsprinsipper i demensomsorgen som er reminisens, realitetsorientering og validering. Disse prinsippene kan være nyttig for å oppnå best mulig kommunikasjon og dermed få en god relasjon til pasienten (Henriksen, 2008, s. 103).

Reminisens har som mål å bidra til fremkallelse av positive minner som stimulerer gode relasjoner. Dette minnearbeidet innebærer bruk av bilder, musikk, gjenstander og andre former for sansestimulering som pasienten har et positivt forhold til (Eide & Eide, 2017, s. 318). Reminisens er av særlig betydning når demenssykdommen svekker personens evne til å formidle og er av betydning for å gjenvinne identitet, glede og tilhørighet. Det skaper også trygghet og tillit mellom pasient og pleier (Henriksen, 2008, s. 104).

Realitetsorientering er en metode som innebærer å orientere pasienten for tid, sted og situasjon. Personer med demens kan oppleve vrangforestillinger eller feiloppfatninger og realitetsorientering kan dermed bidra til en mer adekvat oppfatning av virkeligheten og føre til mestring i hverdagen. Måten dette formidles på er trolig av stor betydning for effekten (Henriksen, 2008, s. 105). I følge Holthe & Tretteteig (2016, s. 268) skal realitetsorientering i demensomsorgen brukes bevisst og med forsiktighet, samt er det viktig å være klar over på hvilken måte dette kan berolige eller hjelpe pasienten.

I motsetning til realitetsorientering er validering en metode som ikke er opptatt av hva som er reell og sann informasjon, men innebærer hva som er pasientens fokus og opplevelse. Det er fokus på å bekrefte og anerkjenne personens meddelelser. Ved validering må en søke å forstå personen fra dens perspektiv og møte personens emosjonelle uttrykk istedenfor å korrigere. Ved hjelp av utforskende spørsmål som hvem, hva, hvor, når og hvordan kan en bidra til å gyldiggjøre følelsesmessig aspekter ved pasientens kommunikasjon (Henriksen, 2008, s. 105-106).

## 4.0 Resultater/ funn

Vi vil i dette kapitlet presentere funnene i våre utvalgte artikler i hvert sitt avsnitt for å skape struktur og tydelighet. Vi mener at leseren kan gå i dybden på hver enkelt artikkel og få en helhetlig forståelse av hver artikkel.

### 4.1 Artikkel 1; How to avoid and prevent coercion in nursing home: A qualitative study

Artikkelen er en kvalitativ studie basert på fokusgruppeintervju med 60 deltakere. Hensikten med studien er å undersøke ulike alternative strategier som pleiepersonell i Norge benytter når pasienter motstår helsehjelp og hvilke forhold som er nødvendig for å unngå tvang.

Funn i artikkelen viste at deltakerne i studien vanligvis prøvde et bredt spekter av mellommenneskelige tilnærminger for å forhindre bruk av tvang, og at tvang ble sett på som siste utvei. Avledning og overbevisende strategier var hyppig nevnt som beskrivelse av teknikker de ansatte benyttet seg av for å få pasienten til å gjøre det de ansatte ønsket. Dette gikk ut på å distrahere pasienten ved å fokusere på noe positivt som for eksempel familien eller været slik at pasienten fikk tankene over på noe annet. De ansattes måte å forklare, overtale og avlede innebærer bruk av bevisst språk, som for eksempel og ikke gi valgmuligheter, men heller informere om hva som skal foregå. Det ble nevnt tre typer fleksibilitet – bytte av personell, prøve igjen senere og en-til-en kontakt. Det kom frem i intervjuet at de ansatte ofte opplevde å lykkes da de prøvde å utføre handlingen senere dersom pasienten motsatte seg hjelp eller å bytte personell. Det kom også frem at en-til-en kontakt reduserte rastløshet, aggresjon og skapte et tillitsforhold, men dette ble sett på som en utfordring på grunn av bemanningen. Det er beskrevet i artikkelen at det å kjenne pasienten, ha tilstrekkelig ressurser, og herunder også kvalifisert personell anses som svært avgjørende i å forhindre bruken av tvang. Betydningen av å kjenne pasienten ble vektlagt i intervjuene, da dette gjorde det enklere å forstå pasientens vaner og en kunne forstå hvorfor det oppstod motstand. Å kjenne pasienten fører til en lettere relasjonsbygging og et godt forhold som dermed fører til mindre angst hos pasienten. Ressurser i form av tilstrekkelig bemanning og kompetanse hos de ansatte var et gjentakende emne gjennom alle intervjuene. Dette kom frem som viktig da dette forhindret tvang ved at det ble mer tid til å utføre arbeidet på riktig måte

samt at kunnskap om demens og ulike metoder for å unngå tvang er en forutsetning for å forebygge bruk av tvang (Gjerberg, Hem, Førde & Pedersen, 2013).

## **4.2 Artikkel 2; Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning**

Denne kvalitative studien har til hensikt å undersøke utfordringer og erfaringer som sykehjemsansatte har med de nye tvangsbestemmelsene etter lovendringen i 2009 og hvordan det nye lovkapitlet blir anvendt i praksis. Metoden gikk ut på fokusgruppeintervju med totalt 65 deltakere på fem sykehjem.

Resultater i artikkelen tyder på at tvang gjennomføres uten formelle beslutninger og uten tvangsvedtak, imidlertid av hensyn til og for å beskytte medpasienter, ansatte og pårørende, men i hovedsak i situasjoner hvor pasienten viste mostand mot behandling eller stell som ble sett på som pasientens beste. Funn viste at tvang ble benyttet i ulike situasjoner blant annet ved stell og pleie. Deltakerne i studien mente at loven har bidratt til økt bevissthet til bruk av tvang og at det var mer tvangsbruk for 10-15 år siden. Det kommer også frem at det er mye uklart rundt hva som defineres som tvang, samt sentrale termer i loven som «nødvendig helsehjelp» og «samtykkekompetanse». I intervjuene kom det frem at det ble fattet svært få vedtak om bruk av tvang i forhold til antall aktuelle situasjoner, og at tid ble oppgitt som en av de viktigste grunnene til at vedtak ikke ble fattet. Tvangsbruken som kom frem i intervjuene er til dels ikke lovhjemlet i kapittel 4A, eller er på grensen. Disse tvangsmåtene dreier seg om blant annet tvang pga. mangel på ressurser som tid og bemanning som forårsaket at ansatte ga pasienten beroligende medisiner fremfor å benytte miljøbehandling. Tvang av hensyn til andre er heller ikke lovhjemlet, men viser seg som noe av det som forekommer hyppigst. Tvang mot samtykkekompetente pasienter eller til pasienter hvor dette ikke er vurdert viser seg å oppstå til tross for at dette ikke er hjemlet i lovverket. Funn viser at deltakerne var usikre på hvordan samtykkekompetanse skal vurderes og hvem som kan vurdere dette (Pedersen, Hem, Gjerberg & Førde, 2013).

## **4.3 Artikkel 3; Makt og tvang i stellesituasjoner**

Dette er en systematisk litteraturstudie som er basert på utvalgte kvalitative studier. Hensikten er å belyse hvordan helsepersonell kan unngå bruk av tvang og makt i stellesituasjoner med personer som har demens.

I artikkelen kom det frem at det var tre hovedtemaer og fem undertemaer som karakteriserte hva som er av betydning for, og hva som har innvirkning på bruk av tvang i stellesituasjoner med personer med demens. Hovedtemaene innebærer betydningen av kunnskap, av fleksibilitet og betydningen av sykehjemmets ressurser, her under temaene kunnskap om personer med demens og deres reaksjoner, kunnskap om pasientenes livshistorie og om tvang og ulike strategier samt kompetanse, tid, bemanning og refleksjon.

Forskning brukt i artikkelen viser at bruk av tvang hovedsakelig oppstår i konkrete situasjoner hvor pasienten trenger hjelp til personlig hygiene. Funnene viser at kunnskap om personer med demens og deres reaksjoner er av stor betydning for å kunne unngå bruk av tvang og makt, nettopp fordi at kunnskapen hos ansatte fører til at handlingene deres blir utført på en mer bevisst og tilpasset måte til hver enkelt pasient. Kunnskap om personens livshistorie kommer frem som viktig for å lettere finne tiltak som pasienten aksepter i stellesituasjonen. Dette vil igjen føre til en enklere relasjonsbygging mellom pasient og pleier, og dermed føre til mindre angst hos pasienten i omsorgssituasjoner. Det uttrykkes i artikkelen at flere studier viser at kunnskap om alternative strategier som avledning, overbevisning, begrense valg, bevisst bruk av språk, fleksibilitet og inngå kompromiss i stellesituasjoner har stor betydning for å unngå tvang. Å ha evne til kommunikasjon og mellommenneskelig tilnærming ble i flere studier vektlagt som strategi for å unngå bruk av tvang.

Fleksibilitet i forbindelse med rutiner og konkrete situasjoner er ifølge artikkelen en forutsetning for å ivareta autonomi hos pasienten. Det beskrives tre ulike typer fleksibilitet; prøve senere, en-til-en omsorg og skifte av personell. I forhold til sykehjemmets ressurser ble kompetanse, tid og bemanning funnet som en forutsetning for å lykkes med ulike strategier. Flere studier har ifølge artikkelen vist at tilstrekkelig tid og bemanning er av betydning for å unngå tvang, og at mangel på kompetanse er relatert til bruken av tvang. Tid kommer også frem som avgjørende for å ivareta pasientens autonomi, tilegne seg kunnskap og refleksjon hos de ansatte. Bevissthet om tvang sees som grunnleggende for å forebygge bruk av tvang.

Det kommer frem at dersom helsepersonell er mer oppgavesentrert enn personsentrert vil dette kunne føre til mer bruk av tvang. Det ansees som avgjørende å se personen med demens



som menneske med en historie og ikke kun en ting som skal bli ren eller at stellet kun er et tiltak (Hvalvik & Smit, 2015).

#### **4.4 Artikkel 4; Effective communication with people who have dementia**

Denne fagartikkelen har som formål å belyse de ferdighetene som trengs for effektiv kommunikasjon med personer med demens.

Artikkelen utforsker ferdigheter som trengs for effektiv kommunikasjon med personer med demens og hvilke faktorer som påvirker kommunikasjonsprosessen mellom sykepleier og pasient, samt utfordringer som kan oppstå i møte med denne pasientgruppen. Artikkelen viser til funn om grunnleggende elementer for å oppnå effektiv kommunikasjon som innebærer at avsenderen er klar over formålet med det som skal formidles og strukturen i formidlingen. Dette vil si hvordan avsenderen uttrykker og ordlegger seg og at språket er basert på korrekt grammatikk. Funn i artikkelen viser at 93% av formidlingen foregår med non-verbal kommunikasjon, og inkluderer ansiktsuttrykk, utseende, øyekontakt, holdning, bevegelser og kroppskontakt. Disse faktorene påvirker hvordan kommunikasjonsprosessen utvikler seg. Artikkelen peker på SOLER teknikken som har fokus på det non-verbale språket og finner denne nyttig når en kommuniserer med personer med demens, men at den imidlertid ikke egner seg til personer med alvorlig demens.

Funn viser at personer med demens sin evne til å kommunisere varierer avhengig av sykdomsstadiet og kunnskaper om hvordan demens påvirker kommunikasjon vil dermed være viktig for å hjelpe pasientene til å kommunisere. Artikkelen nevner strategier som aktiv lytting, ikke korrigerer dersom pasienten gjør feil, gi pasientene tid og snakk sakte, oppfordre til å skrive ned ord, behovet for anerkjennelse og å unngå bakgrunnsstøy som viktige i kommunikasjonen med personer med demens. Funn viser at «Talking mats» kan anvendes for å forbedre kommunikasjonen. Det er et teknologisk verktøy som er utarbeidet for å hjelpe mennesker med kommunikasjonsvansker i å uttrykke sine egne synspunkter og meninger. Verktøyet er et system som kan lastes ned på nettbrett eller datamaskin som inneholder bildesymboler med emner, ulike alternativer og en visuell skala. Artikkelen viser til at personer med demens viser forbedringer i effektiviteten av kommunikasjon når de bruker denne type hjelpemiddel, og at dette særlig er viktig å ta i bruk til personer med moderat og

alvorlig demens (Jootun & McGhee, 2011).

#### **4.5 Artikkel 5; Seeing me through my memories: A grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in longterm care**

Artikkelen er en kvalitativ studie basert på dybdeintervjuer med 38 deltakere. Målet med studien er å forstå personer med demens på sykehjem, ansatte og pårørende sitt perspektiv på reminisens, hvordan reminisens påvirker deres liv og erfaringer med omsorg.

Funn i artikkelen viser at relasjonen mellom pleier og pasient påvirkes i positiv grad ved bruk av reminisens som tillitsskapende arbeid. Intervjuene viste at reminisens aktiverte personalet til å se og bli kjent med pasienten bak diagnosen demens og deres tidligere liv. Pleierne ble kjent med pasienten på en annen måte ved å kjenne til deres forhistorie og de kunne dermed lettere forstå årsaken til deres reaksjoner i ulike situasjoner. Dette førte igjen til at de lærte seg ulike strategier for å forhindre utfordrende atferd. Funnene viste også at reminisens bidro til bedre kommunikasjon mellom pasient og pleier, da samtalen var forberedt og tilpasset til hver enkelt ut i fra deres personlige historie. Bruk av reminisens bidro til et roligere miljø i avdelingen og bedre livskvalitet for pasientene, samt at det førte til en reduksjon i utfordrende atferd hos pasientene. Det kom også frem at det er en ulempe med bruken av reminisens, ved at det krever mye tid, som kan være utfordrende grunnet andre arbeidsoppgaver (Cooney, Hunter, Murphy, Casey, Devane, Smyth, Dempsey, Murphy, Jordan & O'Shea, 2014).

#### **4.6 Artikkel 6; Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang**

Hensikten med denne kvalitative studien er å beskrive typiske situasjoner når omsorg og pleie gis til personer med demens som motsetter seg hjelp, og grenselandet mellom frivillighet og tvang. Artikkelen er basert på fokusgruppeintervjuer med 60 pleiere på fem sykehjem.

Studien viser at det kan være uklart om hva som er frivillighet og tvang i omsorg av pasienter med demens i forhold til vask, dusj, stell av negler, tannpuss og munnstell. Det vises også at situasjoner kan ha kort vei fra frivillighet til tvang. Funn viser at bruk av tvang ved personlig hygiene er personavhengig blant deltakerne i studien og at de har ulike oppfatninger om hva som er tvang og når det skal benyttes. Det viser at uttrykk som; «litt tvang», «den lille tvangen» og «ikke så mye tvang» er gjentakende i intervjuene og at «litt» press eller «litt»

tvang er legitimt for å utføre det som vurderes som nødvendig stell. I forhold til stell av negler viste det seg at situasjonene først og fremst ikke var preget av motstand og hardhendt holdning, men at tvangen handlet mer om å bruke strategier som hindret at pasienten kunne utføre bevegelser ved å bruke makt ved at flere av personalet plasserte seg strategisk rundt pasienten. Det kommer frem i intervjuene at stell av negler, tannpuss og munnstell ble sett på som utfordrende og at det kan oppleves å «invadere» pasienten i større grad enn ved vask og dusj. En av deltakerne uttrykte tannpuss som «skikkelig tvang», mens det i stellesituasjoner ble uttrykt som «litt tvang» (Hem, Gjerberg, Førde & Pedersen, 2011).

## 5.0 Drøfting

I dette kapitlet vil vi drøfte problemstillingen; «Hvordan kan sykepleieren unngå makt og tvang i ivaretagelsen av personlig hygiene hos personer med alvorlig demens, samt ivareta autonomi, integritet og verdighet?». Vi vil drøfte med utgangspunkt i teoridelen, funnene i de utvalgte artiklene og våre egne praksiserfaringer.

### 5.1 Grenselandet

Grensene mellom frivillighet og tvang er ofte uklare, og frivillige situasjoner kan raskt vippe i retning mot tvang. Stellesituasjonen kan begynne med frivillighet, men hjelpen til personlig hygiene kan fremprovosere motstand og situasjonen kan utarte seg til tvang. Personer med demens kan få en følelse av manglende kontroll over egen situasjon og hjelpeløsheten forsterkes av at de har problemer med å uttrykke og holde fast ved egne behov og ønsker. Samtidig er behovet deres for hjelp til personlig hygiene stort. Dette kan føre til verbal og fysisk motstand og aggresjon (Hem et al., 2011). I følge Johnsen og Smebye (2008, s. 218) har pleiepersonell en plikt til å forsøke å forstå pasientens motstand og til å finne veier ut av motstanden.

Samsvarer motstanden pasienten utøver med tidligere verdier, og skal sykepleieren ta hensyn til tidligere verdier eller den nåværende motstanden om og ikke stille seg? Det kan forekomme en konflikt mellom ønsker før og nå, da personer med demens kan gi uttrykk for noe annet i den nåværende situasjonen (Johnsen & Smebye, 2008, s. 226). Brodtkorb (2014, s.176) skriver at dersom sykepleieren ivaretar pasientens tidligere verdier vil en bidra til å

oppretholde en følelse av integritet, selvfølelse og mening. Når motstanden til pasienten ikke virker «rasjonell» fordi pasienten er fornøyd med å ha fått hjelp noen minutter senere, kan det virke som «mindre» tvang og det er utfordrende å vite hva pasienten faktisk ønsker (Hem et al., 2011). Det kan da tyde på at pasientens motstand ikke er forårsaket av at pasienten ikke vil føle seg ren og velstelt, men at pasienten kan føle seg utrygg fordi han ikke forstår hva som foregår. Det er dermed viktig at en forsøker å finne ut av hvorfor motstanden oppstår, som kan være avgjørende for å unngå tvang i stellesituasjoner (Gjerberg et al., 2013)

Studien til Hem et al. (2011) viser til at helsepersonell balanserer situasjoner hårfint der de tenker at «litt» press eller «litt» tvang er legitimt for å få utført det som anses som nødvendig stell, men at det også fort kan gå over grensen til for mye tvang, eller at stellet ikke blir gjennomført. Studien viser også til at ansatte først og fremst ikke benytter fysisk makt, men at de plasserer seg strategisk rundt pasienten for å forhindre bevegelser fra pasienten når stell av negler skal utføres. Dette mener vi er en form for makt og at situasjonen i seg selv ikke er frivillig selv om pasienten ikke viser fysisk motstand (Hem et al., 2011). Hvordan kan da sykepleieren vippe situasjonen mot frivillighet og ikke mot tvang? Tillitsskapende tiltak står sentralt i at situasjonen kan vippe mot frivillighet og unngåelse av tvang. Dessuten har kapittel 4A klare vilkår om at tillitsskapende tiltak skal ha vært utprøvd over en lengre periode for å oppnå en generell tillit, før tvang kan benyttes (Grude, 2016, s. 218). Det kan tenkes at tillitsskapende tiltak over tid er viktig for at sykepleieren skal klare å vippe situasjonen mot frivillighet med bakgrunn i at sykepleieren har bygd opp et tillitsforhold til pasienten. Tilliten kan føre til at sykepleieren lettere får gjennomført tiltak i situasjonen, enn hvis tillit ikke hadde vært til stede. Studien av Gjerberg et al. (2013) viser at etablering av tillitsfulle relasjoner til pasienter er en måte å redusere tvangsbruk og øke samarbeid og frivillighet på.

Tillitt er noe som også Travelbee fremhever som viktig for å kunne etablere et menneske- til menneske forhold, og igjen sier hun at dette forholdet er avgjørende for at sykepleieren får gjennomført sine mål og hensikter (Kristoffersen, 2016, s. 34). Vi har erfart at tillitsskapende tiltak som å skape trygghet i form av å ha personalet tilstede, oppmuntring og motivasjon, samt å skape positive og forutsigbare situasjoner for pasienten er viktig for å etablere et samarbeid med pasienten. Tilvenning av helsehjelpen i form av å legge til rette for at pasienten kan gjøre mest mulig selv. Ved å legge vaskekluten i hånden eller føre tannbørsten

mot munnen har vi opplevd at fungerer godt for å hjelpe pasienten i å komme i gang med stellet. Et annet tiltak vi har opplevd som vellykket, er å gi pasienten frokost på sengen og deretter å vente til pasienten selv går ut på badet. Dette tiltaket har vi sett at bidrar til at pasienten oftere godtar hjelp i stellesituasjonen.

I studien til Hem et al. (2011) kommer det frem at situasjoner som raskt kan vippe mellom frivillighet og tvang er et problem i forhold til å håndtere det nye lovverket. Dette på grunn av at det nye lovverket krever at tvang bare kan ytes etter at det er fattet et lovlig vedtak. Har lovendringen i 2009 bidratt til mindre bruk av tvang? Deltakerne i studien til Pedersen et al. (2013) beskrev at lovendringen har bidratt til å styrke bevisstheten rundt tvangsbruk og at det var mer tvangsbruk for 10-15 år siden. Hvalvik og Smit (2015) viser til at bevissthet rundt tvang ansees som grunnleggende i forhold til å forebygge tvangsbruk.

Som nevnt utføres tvang fortsatt uten lovhjemmel. En mulig forklaring på dette kan være at lovverket er for komplisert og detaljert som fører til usikkerhet i praktiseringen av det nye lovverket, i tillegg til at det ikke er godt nok tilpasset hverdagen i norske sykehjem (Pedersen et al., 2013). Forskningen viser at det er urealistiske krav til vedtak, potensial for feiltolkninger og uklarheter rundt sentrale begreper i loven som «samtykkekompetanse», «nødvendig helsehjelp» og «tvang» (Pedersen et al., 2013). En kan da stille spørsmål om behovet for opplæring og kurs i hvordan kapittel 4A skal praktiseres, men ifølge studien var ikke opplæring særlig vellykket på grunn av at det var flere som ikke deltok og innholdet i undervisningen ble glemt.

Ut ifra det Slettebø (2014, s.223) skriver, er det viktig at disse lovreglene for bruk av tvang ikke blir en etisk «sovepute». Hun påpeker at anvendelse av loven krever ekstra godt etisk skjønn fra sykepleiernes side og en bevisst holdning til gjennomføring av vedtak om helsehjelp som pasienten motsetter seg. Etisk har vi et ansvar overfor pasienten, der pasientens verdighet og rett til medbestemmelse over pleien står sentralt. Kari Martinsen peker på at sykepleiere må håndtere en balansegang mellom formynderi og unnlåtelsessynder. Unnlåtelsessynder innebærer balansegangen for sykepleiere som på den ene siden består i å ikke utøve tvangstiltak eller handlinger som overkjører pasientens vilje i pleien. På den andre siden har pasienten krav på at sykepleieren anvender sin fagkompetanse til pasientens beste,

og at sykepleieren ikke fraskriver seg sitt ansvar dersom pasienten motsetter seg hjelpen. Formynderi dreier seg om at pasienten skal få et kvalifisert faglig tilbud som er basert på sykepleierens kompetanse uten at pasienten overkjøres i pleiesituasjonen (Slettebø, 2014, s. 223).

## **5.2 Sykepleierens holdninger, kunnskap og kompetanse**

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere påpeker at sykepleieren beskytter pasienten mot krenkende handlinger som ulovlig og unødvendig rettighetsbegrensing og tvang. Samtidig skal sykepleier ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (Sneltvedt, 2013, s. 111). Personalets holdninger til personer med demens, kunnskap og kompetanse er avgjørende faktorer for om autonomi hos pasientene blir ivaretatt og hva som betegnes som tvang (Johnsen & Smebye, 2008, s. 226; Hvalvik & Smit, 2015).

Forskning viser at kunnskap om personer med demens, deres reaksjoner, livshistorie, samt kunnskap om ulike strategier for å unngå tvang er av stor betydning for å unngå tvang og makt. Dette kan begrunnes i at kunnskap hos personalet fører til at handlingene deres blir utført på en mer bevisst og tilpasset måte til hver enkelt (Hvalvik & Smit, 2015; Gjerberg et al., 2013). Men er det kunnskapen og kompetansen i seg selv som er avgjørende for at tvang skal unngås? Forskning viser at sykepleiere til tross for lik kompetanse tenker ulikt om personer med demens, som medfører at de handler og reflekterer ulikt i stellesituasjoner. Hva som betegnes som tvang og når det benyttes er avhengig av hver enkeltes persons oppfatning (Hem et al., 2011). Det kan dermed tenkes at sykepleierens holdninger er mer avgjørende enn kompetansen i seg selv når det gjelder om tvang benyttes.

I følge Brodtkorb (2014, s. 177) viser en svensk studie fra 2003 at pleiere på et sykehjem så det som forsvarlig å anvende tvang i forbindelse med dusjing med begrunnelse i at pasienter med demens sannsynligvis raskt glemte det de hadde vært med på. Har sier dette om pleierens holdninger for 15 år siden? Har holdningene til helsepersonell endret seg til nå? Det kan tyde på at personalet ikke hadde tilstrekkelige kunnskaper om reaksjonene og krenkelsene tvang kan medføre, som at det er integritetskrenkende, skremmende og føles truende for pasienten. Det kan tenkes at det nå er mer fokus på sykepleierens holdninger i sykepleieutdanningen enn det var for 15 år siden. Vi har selv erfart å arbeide sammen med ufaglærte på skjermet enhet

hvor det blir anvendt tvang mer eller mindre ubevisst i situasjoner som i forbindelse med personlig hygiene. I studien til Hvalvik og Smit (2015) kommer det frem at kunnskap er avgjørende for å utføre stellet på en god måte, og at kroppen kan bli sett på som et objekt dersom forståelsen av et stell blir mer oppgavesentrert enn personsentrert. Denne holdningen preger utførelsen av stellet og kan føre til uheldige samhandlingsmønstre og til mer bruk av tvang (Hvalvik & Smit, 2015). Det kan i tillegg føre til krenkelse av integritet og verdighet dersom stellet blir en oppgave som skal gjennomføres så raskt og effektivt som mulig (Brodtkorb, 2014, s. 182). Martinsen påpeker at en holdning som anerkjenner den andre personen ut ifra dens situasjon, er en fundamental kvalitet sykepleieren må ha for at omsorgen skal være ekte (Kristoffersen, 2016, s. 56). Dette er noe vi mener det har vært fokus på gjennom vår sykepleieutdanning.

### **5.3 Til pasientens «beste?»**

Kari Martinsen påpeker at sykepleieren skal handle til det beste for pasienten og gjøre det så godt som mulig for pasienten i her- og- nå- situasjonen (Kristoffersen, 2016, s. 27). Men hvordan skal en vite hva som er til det beste for pasienten? Ifølge Slettebø (2013, s. 85) kan det være vanskelig å avgjøre om sykepleieren skal la pasienten bestemme selv hva som er til det beste, eller om sykepleieren skal gjøre det. Hun sier også at de etiske prinsipper sier forskjellig om hva som bør være det viktigste i spørsmålet om hvem som bestemmer hva som er til pasientens beste. Vi vil her komme med et eksempel fra praksis på et etisk dilemma som en sykepleier kan komme opp i, der det er vanskelig å vite hvilket prinsipp av autonomi, ikke-skade og velgjørenhet som bør telle mest.

*Vi kommer inn til Anna og skal hjelpe henne med morgenstell. Anna har alvorlig demens og nekter ofte hjelp til personlig hygiene. Hun kan også bli sint og slå rundt seg. Det har ikke blitt vurdert om Anna er samtykkekompetent innenfor behovet for personlig hygiene. Nå har det gått 4 dager siden hun sist fikk vasket seg både oventil og nedentil. Hun er sår i lysken som gjør at det er viktig at hun får vasket og smurt seg der. Vi observerer at Anna ligger i sengen med avføringssøl på seg. I følge pårørende har hun tidligere vært opptatt av å pynte seg og se velstelt ut. Anna selv forstår ikke problemet med dette. Hva skal vi gjøre i denne situasjonen? Skal vi la pasienten selv bestemme å ligge i sengen? Skal vi tvinge Anna opp med henvisning til at det er det beste for pasienten?*

På den ene siden innebærer denne situasjonen i seg selv en krenkelse av pasientens kroppslige integritet, da den blir truet ved at Anna blir sengeliggende, som kan føre til funksjonsnedsettelse, sykdommer og skade ved at det blant annet ikke oppnås sårtilheling (Kirkevold, 2014, s. 96-97). Verdigheten blir også krenket dersom Anna blir liggende i avføringssøl og ikke blir stelt, nettopp fordi verdighet er knyttet til å være ren og velstelt, og til å ha et ytre som bærer preg av ivaretagelse (Kirkevold, 2014, s. 96-97; Hem et al., 2011). Den primære hensikten med å benytte tvang er altså å beskytte hennes integritet og verdighet. På den andre siden vil nettopp det å anvende tvang som virkemiddel være en krenkelse mot pasientens verdighet og personlige integritet, da respekten for hennes selvbestemmelse ikke blir ivaretatt (Eide & Eide, 2007, s. 119; Kirkevold, 2015, s. 97). Dessuten vil en person med demens trolig oppleve sterkere krenkelse enn andre fordi de ikke forstår hva som foregår i situasjonen (Johnsen & Smebye, 2008, s. 219). Ifølge Eide & Eide (2017, s. 332) er ikke det å respektere pasientens integritet det samme som å følge personens preferanser i enhver situasjon. De påpeker også at selv om tvang kan føre til krenkelser i situasjonen, kan det på lang sikt bidra til ivaretagelse av pasientens autonomi og integritet og være et uttrykk for nødvendig omsorg (Eide & Eide, 2017, s. 332).

I et slikt etisk dilemma står valget mellom pasientens autonomi, retten til å bestemme selv, og sykepleierens plikt til å gjøre det beste for pasienten (Slettebø, 2013, s. 102). Dilemmaet innebærer å vurdere hva som står sterkest av krenkelsene Anna vil stå ovenfor i situasjonen her og nå, eller konsekvensene som kan oppstå på lang sikt. Anna er i en sårbar situasjon hvor det stilles større krav til sykepleieren om å ivareta hennes autonomi og integritet (Brinchmann, 2016, s.90). I følge Slettebø (2013, s. 92) er det avgjørende at pasienten er kompetent når det skal vurderes om pasienten kan foreta et autonomt valg. I situasjonen med Anna kan det tenkes at hun ikke evner å forstå situasjonen hun er i og konsekvensene som kan oppstå og dermed ikke er samtykkekompetent i forhold til å dekke behovet for personlig hygiene.

Er autonomi en umulighet for personer med demens? Er paternalisme en nødvendighet? Johnsen & Smebye (2008, s. 225) sier at retten til å medvirke forutsetter en rekke betingelser, blant annet pasientens kompetanse til å forstå informasjon og vurdere ulike alternativer med ulike konsekvenser. På den andre siden står det beskrevet i pasient- og brukerrettighetsloven



(1999, § 4A-1) at helsehjelpen til tross for at pasienten ikke har samtykkekompetanse, skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet. Lovverket sier også at helsehjelpen skal så langt det lar seg gjøre være i overensstemmelse med pasientens rett til selvbestemmelse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4A-1). Dette er også noe som kommer frem i de yrkesetiske retningslinjene der det står at sykepleieren respekterer pasientens rett til selv å foreta valg (Slettebø, 2013, s.89). Dessuten viser forskning at det vil styrke personen med demens sin opplevelse av integritet og selvfølelse, dersom de har innflytelse på sin situasjon (Johnsen & Smebye, 2008, s. 225). Sykepleieteoretiker Martinsen mener at svak paternalisme i sykepleie er ønskelig. Hun sier at sykepleieren har et ansvar for å anvende sin faglige forståelse med en hensikt som gagnar pasienten på best mulig måte (Kristoffersen, 2016, s. 60). Hun mener at sykepleieren ikke skal fraskrive seg sitt ansvar selv om pasienten motsetter seg helsehjelp, men at sykepleieren på den andre siden ikke skal utføre handlinger som overkjører pasientens vilje (Slettebø, 2014, s. 223) Hun påpeker viktigheten med at sykepleieren må være moralsk bevisst i utøvelsen, slik at det ikke blir et maktovergrep (Slettebø, 2013, s. 76). For at sykepleieren ikke skal misbruke sin makt mener Slettebø (2013) at en må utøve makten sin på en forsvarlig måte. Dette innebærer å respektere pasienten og dennes autonomi, og fremme det beste for pasienten, noe som vi anser som viktig i møte med Anna (Slettebø, 2013, s. 79).

Slettebø (2013) mener at det ikke er så enkelt som og bare si at pasienten selv skal bestemme, særlig når pasienten ikke er kompetent til dette. Hun sier også at sykepleieren kan oppleve at pasienten tar avgjørelser som strider imot sykepleierens samvittighet og plikt til å hjelpe. I situasjonen med Anna kan ikke sykepleieren slå seg til ro med at hun ikke vil stå opp å stelle seg. Sykepleieren må vurdere hennes situasjon helhetlig og se på konsekvensene som kan gå utover pasientens verdighet og den kroppslige- og personlige integriteten. Ikke-skade prinsippet sier at sykepleieren har en plikt til å sørge for at pasienten ikke blir skadet av behandlingen sykepleieren gir, og denne plikten står sterkere enn plikten til å gjøre det gode (Slettebø, 2013, s. 103-104). En må vurdere om Anna blir skadet av å ligge i sengen og hvor store konsekvensene kan bli. Florence Nightingale sier noe om at dersom den syke blir liggende uvasket og ustelt i kroppsvæsker som svette og avføring, blir den naturlige helbredsprosessen forstyrret (Skaug, 2016, s. 47).

Dilemmaet er altså en situasjon hvor vi vanskelig kan ivareta alle verdimeslige og forpliktende hensyn på en tilstrekkelig god måte. Ofte tenker en på etiske dilemmaer som valget mellom to onder. Det blir enten-eller, tvang eller ikke tvang. I virkeligheten er det sjeldent slik. Som regel finnes det en rekke ulike handlingsalternativer for å unngå tvang (Eide & Eide, 2007, s. 118-119).

Hvordan kan sykepleieren ivareta sine plikter og verdimeslige hensyn uten å benytte tvang og makt for å utføre stellet med Anna? Gjerberg et al. (2013) peker på flere ulike strategier i sin studie for å unngå tvang. Avledning i form av å fokusere på noe positivt ved å snakke om familien eller pasientens interesser, har vi erfart at kan ta oppmerksomheten bort fra motstanden til at pasienten ikke vil stille seg. Dette er også noe Gjerberg et al (2013) viser til. Fleksibilitet som prøve senere og bytte av personell kan være en avgjørende faktor for å lykkes med å få gjennomført stellet. Studiet viser til at en ofte lykkes ved å vente en time eller to dersom pasienten viser noen form for motstand (Gjerberg et al., 2013). Vi har selv opplevd at humøret hos pasienter med demens kan forandre seg raskt og at det dermed kan være effektivt å prøve igjen senere og bytte personell. På den andre siden har vi opplevd at dette kan være en utfordring på grunn av tid og ressurser i avdelingen. Flere studier peker på at utøvelsen av omsorgen blir påvirket av sykehjemmets ressurser og at tilstrekkelige ressurser er en forutsetning for å unngå tvang, nettopp fordi tvang kan forekomme på grunn av manglende ressurser (Hvalvik & Smit, 2015; Gjerberg et al., 2013; Pedersen et al., 2013). Det å begrense valgmuligheter og bruke bevisst språk kommer også frem som et alternativ for å unngå tvang. Personer med demens kan ha vanskeligheter med å bearbeide mye informasjon og foreta valg på grunn av at blant annet evnen til oppfatning og tenkning svikter (Eide & Eide, 2017, s. 326). På bakgrunn av dette kan det dermed tenkes at begrensede valgmuligheter kan bidra til mindre forvirring og frustrasjon.

#### **5.4 Betydningen av bevisst kommunikasjon for å unngå makt og tvang**

I følge Jootun og McGhee (2011) trenger sykepleieren gode kommunikasjonsevner for å kunne fremme et terapeutisk forhold med pasienter som har demens. Våre erfaringer tilsier også at bevisst bruk av kommunikasjon er meget viktig, særlig i situasjoner hvor behovet for personlig hygiene skal ivaretas og tvang skal unngås. Som nevnt sier Henriksen (2008, s. 92) at positive holdninger, respekt og empati er forutsetninger for å oppnå god kommunikasjon

med personer som har demens. I følge Gjerberg et al. (2013) utøves makt gjennom språket, og det er dermed særdeles viktig at en er bevisst i forhold til hvordan en kommuniserer for å unngå makt og tvang.

Travelbee hevder at sykepleierens mål og hensikt bare kan oppnås ved å etablere et menneske- til- menneske- forhold. For å oppnå dette forholdet mener Travelbee at kommunikasjon er et viktig redskap for sykepleieren. Denne prosessen etableres gjennom fem faser og er som beskrevet tidligere; det innledende møtet, framveksten av identiteter, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt (Kristoffersen, 2016, s. 33-34). Men er det virkelig slik det foregår ute i praksis? Travelbee's fem faser er et godt utgangspunkt for å etablere et godt forhold til pasienten, men i praksis har vi opplevd at disse punktene flyter mer over i hverandre og at det krever et særlig ansvar, engasjement og innsats fra sykepleieren, spesielt i møte med personer med demens. Dette kan begrunnes ut i fra at demens utfordrer kommunikasjonsprosessen på bakgrunn av den språklige og kognitive svikten som sykdommen fører til (Henriksen, 2008, s. 93). Det kan være utfordrende å skape dette menneske-til-menneske-forholdet som Travelbee beskriver i et sent stadium av demenssykdommen da kommunikasjonen kan være så fattig og fragmentert at det blir vanskelig å formidle egne behov og ønsker for pasienten. På den andre siden kan en også oppleve god og meningsgivende kommunikasjon som kan føre til at en kan etablere dette forholdet til pasienten (Henriksen, 2008, s. 96).

Som nevnt er det ifølge Henriksen (2008) tre viktige kommunikasjonsprinsipper som kan være nyttig for best mulig kommunikasjon i demensomsorgen. Hvilke av prinsippene reminisens, realitetsorientering og validering vil fungere best i møte med personer med demens?

#### **5.4.1 Reminisens**

Eide & Eide (2007, s. 383) beskriver at reminisensarbeid har en usikker virkning på personer med en kognitiv svekkelse som følge av demens, men derimot viser nyere forskning (Cooney et al., 2014) at reminisens påvirker relasjonen mellom pasient og pleier i positiv grad.

Forskningen viser at kommunikasjonen ble forbedret ved hjelp av reminisens, samt at det førte til bedre livskvalitet og reduksjon i utfordrende adferd hos pasientene. Reminisens bidro

også til at pleierne ble kjent med pasientens forhistorie. Det kommer frem i studien til Gjerberg et al. (2013) og Cooney et al. (2014) at det å forstå pasientens forhistorie kan forklare motstanden til helsehjelpen og pasientens reaksjoner. Dette førte igjen til at pleierne lærte seg ulike strategier for å forhindre utfordrende adferd.

Vi har selv erfaringer med at minnearbeid blir lite bevisst brukt i form av at det ikke planlegges og settes av tid til gjennomførelse, men at reminisens blir brukt spontant ved å snakke om pasientens livshistorie som tidligere aktiviteter eller ved bruk av musikk for avledning og sosial deltakelse. En mulig forklaring på at reminisensarbeid ikke blir planlagt, men heller brukes spontant kan være at dette krever tid og ressurser, noe som også Cooney et al. (2014) peker på som ulemper ved reminisensarbeid. Ut ifra praksiserfaringer ser vi at reminisensarbeid kan være et godt alternativ for å unngå tvang i stellesituasjoner. Vi har begge erfaringer med at sansestimulering i form av musikk og fotoalbum, samt det å være bevisst på å bruke pasientens tidligere interesser som samtaleemne er med på å skape mestring, trygghet og en god samhandling med pleiere. Eide & Eide (2017, s. 329) påpeker også at dette stimulerer evnen til kommunikasjon vesentlig og fremkaller klare øyeblikk hos personer med demens. På den andre siden har vi opplevd at personer med demens reagerer ulikt på reminisens, og særlig at personer i sent stadium av demenssykdommen ikke alltid forstår budskapet som forøkes å formidles og at det kan skape mer forvirring hos pasienten.

#### **5.4.2 Realitetsorientering**

Motstanden til helsehjelpen kan blant annet være forårsaket av at pasienten er redd, utrygg og ikke forstår hva som foregår i situasjonen og dette kan bidra til å øke tendensen til voldelig og aggressiv adferd hos pasienten (Eide & Eide, 2007, s. 387). Kan realitetsorientering da være et godt alternativ? På den ene siden kan det å orientere pasienten for tid, sted og situasjon bidra til en adekvat oppfatning av hva som foregår og føre til mestring (Henriksen, 2008, s.105). På den andre siden kan realitetsorientering føre til at pasienten føler det som oppdragelse når en blir korrigert og kan føre til gjenopplevelser av vonde minner. Jootun og McGhee (2011) påpeker i sin artikkel at en skal unngå å argumentere og korrigere pasienter med demens. Det kan i tillegg øke uro og risiko for utagering (Holthe & Tretteteig, 2016, s.268; Eide & Eide, 2017, s. 331).

Våre erfaringer tilsier at det å fortelle en pasient som gjentagende spør etter sin kone at hun er død, ikke har god hensikt og fører kun til gjenopplevelse av vonde minner og sorg. Vi har erfaringer med at personer med alvorlig demens kan bli forvirret, frustrert og irritabel ved realitetsorientering, særlig pasienter som opplever vrangforestillinger. Det er ifølge Henriksen (2008, s. 106) sjeldent meningsfylt å konfrontere med fakta til en person med vrangforestillinger. Vi har selv erfaringer med at pasienten da kan si; «Du snakker ikke sant, du lyver.», og at motargumentasjon kan føre til at pasienten ikke får tillitt til pleieren. Personer med alvorlig demens har kommet til et stadium av sykdommen som gjør at pasienten har stor grad av svekket kognisjon og har mindre forutsetninger for å oppfatte og forstå virkeligheten eller «sannheten» (Henriksen, 2008, s. 107). Holthe og Tretteteig (2016, s. 268) sier at realitetsorientering i demensomsorgen skal brukes på en bevisst måte med forsiktighet, og at det er viktig at en er klar over hvilken hensikt realitetsorienteringen har.

### **5.4.3 Validering**

Et annet kommunikasjonsprinsipp for å forhindre tvang kan være bekreftende kommunikasjon og anerkjennelse, i form av validering (Eide & Eide, 2007, s. 382). Metoden går ut på å møte personen der den befinner seg og forstå personen fra dens perspektiv. I motsetning til realitetsorientering innebærer denne metoden å bekrefte og anerkjenne pasientens fokus og opplevelse (Henriksen, 2008, s. 105-106). På bakgrunn av dette kan det tenkes at pasienter som har demens som utløser symptomer i forstand av forvirring, frustrasjon og sårbarhet vil validering være med på å bygge opp pasientenes selvfølelse, redusere angst og frykt og bidra til å opprettholde hans integritet. I stedet for å konfrontere pasientens «virkelighetsforståelse» ved å si at kona er død, kan en svare med å be han fortelle litt om kona si og gjenscape gode minner sammen med pasienten. Da forholder man seg også til «virkeligheten», nemlig mannens virkelighet av minner og følelser, noe som ikke er mindre virkelig (Eide & Eide, 2017, s. 331).

### **5.4.4 Grunnleggende elementer**

I tillegg til de tre kommunikasjonsprinsippene, påpeker Jootun og McGhee (2011) noen grunnleggende elementer for å oppnå effektiv kommunikasjon med personer som har demens. Disse innebærer å sørge for et rolig miljø, anvende korte og enkle setninger, snakke til pasienten som en voksen person, gi pasienten tid til å behandle informasjonen, bevisstgjøring

av det non-verbale språket, samt tilpasse berøring til den enkelte pasient. På den ene siden kan berøring føre til at pasienten opplever krenkelse av integriteten, mens det på den andre siden kan dempe uro og sinne og bidra til en opplevelse av ro og positive følelser (Brodtkorb, 2014, s. 181; Eide & Eide, 2017, s. 326). I følge Hvalvik og Smit (2015) kan utfordrende adferd i stellesituasjonen ikke bare relateres til patologiske prosesser i hjernen, men også til samspillet og hvordan miljøet er tilrettelagt. Jootun og McGee (2011) påpeker også at tilrettelagt miljø og omgivelser er viktig for effektiv kommunikasjon med personer som har demens.

Jootun og McGhee (2011) fremhever at «TalkingMats» er spesielt viktig å anvende hos personer som har moderat og alvorlig grad av demens. De viser til at forskning fant at personer med demens viser forbedring i kommunikasjonen når de bruker disse billeddiagrammene og at de får frem sine synspunkter og meninger (Jootun & McGhee, 2011). Vi har anvendt en type billeddiagram til en person med demens med redusert språkevne i form av at pasienten hadde svikt i forståelsen av andres tale og problemer med å huske ord. Pasienten uttrykte frustrasjon og sinne når han ikke ble forstått og ikke forstod hva som foregikk i stellesituasjoner. Dermed var dette verktøyet et godt hjelpemiddel for å oppnå god kommunikasjon som førte til at pasienten forstod situasjonen bedre.

## 6.0 Konklusjon

I denne oppgaven har vi forsøkt å komme frem til hvordan sykepleiere kan bidra til at personer med alvorlig demens får ivaretatt behovet for personlig hygiene, uten å bruke makt og tvang samt å ivareta autonomi, integritet og verdighet.

Tvangsbruk fører ofte til etiske dilemmaer og vi mener at sykepleieren har et særlig ansvar i vurderingen om hva som er til pasientens beste. De etiske prinsippene er viktige i denne vurderingen og en skal alltid ta forbehold om å minimalisere konsekvensen som kan oppstå dersom en må tilsidesette et prinsipp. Grenselandet mellom frivillighet og tvang er ofte uklart i situasjoner hvor stell skal utføres hos personer med demens. Situasjonene kan vippe i retning mot tvang og for å unngå dette står tillitsskapende tiltak sentralt. Tillitsskapende tiltak som innebærer å ha personalet tilstede, oppmuntring, motivasjon og skape trygge og forutsigbare omstendigheter for pasienten, er noe vi trekker frem som viktig for å forhindre tvang og makt. Dessuten har pasient- og brukerrettighetsloven klare vilkår om at tillitsskapende tiltak skal være utprøvd over en lenger periode før tvang kan benyttes. Tillit er avgjørende for at sykepleieren skal få gjennomført sine mål og for å øke samarbeid og frivillighet. Forskning viser at lovendringen i 2009 bidro til økt bevissthet om bruk av tvang, men vi mener det likevel er ytterligere behov for kunnskap og dermed obligatorisk opplæring rundt lovverket.

Vi mener at sykepleierens holdninger preger bruken av tvang i demensomsorgen og sykepleiere har ulikt syn på hva som er tvang og når tvang benyttes. Samtidig har sykepleiere ulike holdninger som gjør at en reflekterer og utfører handlinger ulikt i stellesituasjoner. Kunnskap og kompetanse hos helsepersonell er helt klart viktige faktorer for å unngå tvang og makt. Kunnskap om personer med demens, deres reaksjoner og livshistorie - i tillegg til ulike strategier for å unngå tvang er av stor betydning for å håndtere utfordrende situasjoner og å unngå tvang. Kunnskapen fører også til at handlingene blir utført mer bevisst og tilpasset til hver enkelt.

Gjennom oppgaven viser vi til forskning som viser at det er flere alternative strategier for å unngå tvang i stellesituasjoner, noe som vi anser som svært viktig å prøve ut for å unngå tvang. Flexibilitet som bytte av personell eller prøve igjen senere, samt avledning og bevisst bruk av språk er viktig for å kunne danne grunnlaget som alternativ til tvang. Å benytte

alternative strategier er tidkrevende og avhenger av tilstrekkelige ressurser på arbeidsplassen. For å unngå bruk av tvang er bevisst bruk av kommunikasjon viktig, nettopp fordi god kommunikasjon kan bidra til å oppnå en god relasjon og ett tillitsforhold mellom pasient og pleier. Det vil igjen føre til at pasienten føler trygghet og annerkjennelse som er viktige faktorer for at pasienten skal føle verdighet og integritet. Det vises også at samspillet mellom pasient og pleier, relateres til utagerende adferd og at bevisst kommunikasjon kan redusere utfordrende adferd.

Reminisensarbeid vil trolig være en god metode for å unngå tvang, både fordi sansestimulering kan bidra til økte kommunikasjonsevner for personer med demens og fordi det kan skape en god relasjon mellom pasient og pleier. Validering vil bidra til annerkjennelse og opprettholdelse av pasientens integritet fordi pleieren møter pasienten i dens virkelighet. Realitetsorientering hos personer med alvorlig demens vil muligens føre til uro og øke risiko for utagering, fordi de har mindre forutsetninger for å oppfatte virkeligheten eller «sannheten». Det er likevel vanskelig for oss å konkludere hvilke kommunikasjonsprinsipp som egner seg best fordi det er persons- og situasjonsavhengig og en må prøve seg frem i møte med pasienten for å komme frem til hva som fungerer best for hver enkelt. Uavhengig av hvilke kommunikasjonsprinsipp en anvender er det viktig å ta forbehold om grunnleggende elementer for effektiv kommunikasjon som å anvende korte og enkle setninger og gi pasienten tid til å ta til seg informasjonen.

For å bevare pasientens integritet, autonomi og verdighet i forhold til situasjoner som innebærer å ivareta behovet for personlig hygiene, konkluderer vi med at stellet må gjennomføres slik at pasienten blir sett og møtt som et helt og individuelt menneske. For å ivareta pasientenes verdighet mener vi at omsorgen må tilrettelegges på en måte som bidrar til et verdig, trygt og meningsfullt liv for den enkelte pasient.



## 7.0 Litteraturliste

Brinchmann, B.S. (2016). De fire prinsippers etikk. I B.S. Brinchmann (Red.). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brodtkorb, K. (2014). Stellet – mulighetens arena. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie*. (s. 174- 183). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Cooney, A., Hunter, A., Murphy, K., Casey, D., Devane, D., Smyth, S., Dempsey, L., Murphy, E., Jordan, F. & O'Shea, E. (2014). Seeing me through my memories: A grounded theory study on usin reminiscence with people with dementia living in longterm care. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.12645>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Engedal, K. & Haugen, P. K. (2009) demens - fakta og utfordringer. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Gjerberg, E., Hem, M.H., Førde, R. & Pedersen, R. (2013). How to avoid and prevent coercion in nursing homes; A qualitative study. *Sage journals*.  
<https://doi.org/10.1177/0969733012473012>

Grude, P. (2016). Lover, forskrifter og organisering av tjenester. I S. Tretteteig (Red.). *Demensboka*. (s.199- 223). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie*. (s. 265- 283). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Haugen, P.K. & Engedal, K. (2009). *demens – Fakta og utfordringer*. Tønsberg: Aldring og helse.

Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Demensplan 2020*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf)

Helsebiblioteket. (2016). *Kildevalg*. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>

Helsedirektoratet. (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentar*. (Rundskriv IS-8/2015). Oslo: Helsedirektoratet.

Hem, H. M., Gjerberg, E., Pedersen, R. & Førde, R. (2011). Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang. *Sykepleien*. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0007>

Henriksen, K.W. (2008). Kommunikasjon. Rokstad, A. M. M. & I Smebye, K. L. (Red.) *Personer med demens*. (s.87-113). Oslo: Akribe

Holthe, T. & Tretteteig, S. (2016). Kommunikasjon. I S. Tretteteig (Red.). *Demensboka*. (s. 259-271). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Høgskolen i Innlandet. (2018). Databaser- Hedmark. Hentet fra <https://www.inn.no/bibliotek/soeke-og-vurdere/databaser#p>

Hvalvik, S. & Smit, J.A. (2015). Makt og tvang i stellesituasjoner. *Sykepleien*. [https://static.sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/gs\\_0215.pdf#Page=6](https://static.sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/gs_0215.pdf#Page=6)

Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.

Johnsen, L. & Smebye, K.L. (2008) Bruk av tvang i demensomsorgen. Rokstad, A. M. M. & I Smebye, K. L. (Red.) *Personer med demens*. (s.207-231). Oslo: Akribe

Jootun, D. & McGhee, G. (2011). Effective communication with people who have dementia. *Nursing standard*. <https://search.proquest.com/docview/855426451?accountid=43213>

Kirkevold, M. (2014). Den gamles integritet. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie*. (s. 94-105). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N.J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. Nortvedt, F., Skaug, E-A. & I G.H. Grimsbø. (Red). *Grunnleggende sykepleie bind 3*. (s. 16- 80). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Otta: Universitetsforlaget.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2014). *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning*. Hentet fra

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/tema/brukererfaring/sjekkliste-kvalitativ-2014.pdf>

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2014). *Sjekkliste for vurdering av oversiktsartikkel*. Hentet fra

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/tema/brukererfaring/sjekkliste-oversikt-sr-2014.pdf>

Nortvedt, P. (2016). *Omtanke – en innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63 (2018). Hentet fra

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Pedersen, R., Hem, M.H., Gjerberg, E. & Førde, R. (2013). *Tidsskrift, DEN NORSKE LEGEFORENING*. <http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.13.0237>

Skaug, E-A. (2016). Kroppspleie. Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E-A & I G.H., Grimsbø (Red). *Grunnleggende sykepleie bind 2*. (s. 45-86). Oslo: Gyldendal Akademisk

Slettebø, Å. (2014). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie*. (s. 212- 224). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Slettebø, Å. (2013). Sykepleie og etikk. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sneltvedt, T. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B.S. Brinchmann (Red.). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Snoek, J.E. & Engedal, K. (2000). *Psykiatri: kunnskap, forståelse, utfordringer*. Oslo: Akribe

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tretteteig, S. (2016). Utfordrende adferd. I S. Tretteteig (Red.). *Demensboka*. (s. 273-289). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

## 8.0 Vedlegg 1

<b>Tittel</b>	«How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study»
<b>Database</b>	Pubmed
<b>Fremgangsmåte for søk</b>	MeSH-termer som er brukt i søket: Coercion AND dementia AND nursing home. Avgrenset til årstall 2010-2018. Søket ga 7 treff. Forskningsartikkelen ble treff nr. 4.
<b>Utvalg/ størrelse</b>	Fokusgruppeintervju med 60 deltakere (sykepleiere, hjelpepleiere, medarbeidere uten formelle kvalifikasjoner)
<b>Funn</b>	<p>Alternative strategier for å unngå tvang: Avledning, bevisst bruk av språk, fleksibilitet, fokusere på noe positivt, redusere valgmuligheter.</p> <p>Fleksibilitet: prøve senere, skifte av personell, en til en kontakt.</p> <p>Forutsetninger: Å kjenne pasienten, ressurser på sykehjemmet, tilstrekkelig bemanning og kompetanse.</p>
<b>Konklusjon</b>	<p>Helsepersonell forsøker å forhindre og begrense bruken av tvang. Det er tydelig behov for visse forhold;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tilstrekkelig arbeidskraft</li> <li>- Ansatte med relevant kompetanse</li> <li>- Kontinuitet blant ansatte</li> </ul> <p>Det er ikke samsvar mellom lovens ambisjoner og de tilgjengelige ressursene, noe som påvirker de ansattes muligheter til å bruke sin styrke på en produktiv måte.</p>
<b>Referanse</b>	Gjerberg, E., Hem, M.H., Førde, R. & Pedersen, R. (2013). How to avoid and prevent coercion in nursing homes; A qualitative study. <i>Sage journals</i> . <a href="https://doi.org/10.1177/0969733012473012">https://doi.org/10.1177/0969733012473012</a>

<b>Tittel</b>	«Bruk av tvang etter norsk lovgivning»
<b>Database</b>	SveMed+
<b>Fremgangsmåte for søk</b>	MeSH-termer som er brukt i søket: Tvang og lovverk. Avgrenset til årstall 2010-2018. Søket ga 53 treff. Forskningsartikkelen ble treff nr. 27.
<b>Utvalg/ størrelse</b>	Fokusgruppeintervju med 65 deltakere (leger, sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, aktivitører og ufaglærte)
<b>Funn</b>	<p>Det gjennomføres tvang hyppig ofte uten formelle beslutninger og uten fattet vedtak. En del av tvangen som utføres er ikke lovhjemlet. Lovendringen om nye tvangsbestemmelser fra 2009 har bidratt til økt bevissthet om bruk av tvang.</p> <p>Kriterier for god anvendelse av det nye lovverket;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Involvering av legene</li> <li>- Tverrfaglig samarbeid</li> <li>- Tid</li> <li>- Bemanning</li> <li>- Kompetanse</li> </ul> <p>Det er usikkerhet i praktiseringen av det nye lovverket.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Potensial for feiltolkninger av loven</li> <li>- Urealistiske krav til vedtak</li> <li>- Uklarheter i sentrale begreper i loven</li> </ul> <p>«Samtykkekompetanse»</p> <p>«Nødvendig helsehjelp»</p> <p>«Tvang»</p>
<b>Konklusjon</b>	Kapittel 4A i lov om pasient- og brukerrettighetsloven er for komplisert og detaljert. Det er ikke godt nok tilpasset hverdagen i sykehjem og det er vanskelig å oversette klinisk tankegang til den juridiske. Det bør diskuteres om kravene til vedtak kan

	forenkles og om de som kan fatte vedtak har nødvendig kompetanse.
<b>Referanse</b>	Pedersen, R., Hem, M.H., Gjerberg, E. & Førde, R. (2013). <i>Tidsskrift, DEN NORSKE LEGEFORENING.</i> <a href="http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.13.0237">http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.13.0237</a>

<b>Tittel</b>	«Makt og tvang i stellesituasjoner»
<b>Database</b>	Svemed+
<b>Fremgangsmåte for søk</b>	MeSH-termer som er brukt i søket: Makt og tvang. Avgrenset til årstall 2010-2018. Søket ga 4 treff. Forskningsartikkelen ble treff nr 2.
<b>Utvalg/ størrelse</b>	
<b>Funn</b>	Tre hovedtemaer og fem undertemaer sto sentralt i å karakterisere hva som er av betydning for og innvirkning på bruk av tvang i stellesituasjoner hos personer med demens. - Betydningen av kunnskap <i>Kunnskap om personer med demens og deres reaksjoner</i> <i>Kunnskap om personens livshistorie</i> <i>Kunnskap om tvang og alternative strategier</i> - Flexibilitet - Sykehjemmets ressurser <i>Kompetanse, tid og bemanning</i> <i>Refleksjon</i>
<b>Konklusjon</b>	Det å benytte alternative metoder for å unngå tvang er tidkrevende og er i stor grad avhengig av kunnskap og tilgjengelige ressurser på sykehjemmet. Det grunnleggende i møte med personer med demens er å bli kjent med personen, skape tillit og forstå hvorfor motstanden i

	stellesituasjonene oppstår. Tvang i ulike situasjoner kan synes å være nødvendig for å ivareta de grunnleggende behovene.
<b>Referanse</b>	Hvalvik, S. & Smit, J.A. (2015). Makt og tvang i stellesituasjoner. <i>Sykepleien</i> . <a href="https://static.sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/gs_0215.pdf#Page=6">https://static.sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/gs_0215.pdf#Page=6</a>

<b>Tittel</b>	«Effective communication with people who have dementia»
<b>Database</b>	Cinahl
<b>Fremgangsmåte for søk</b>	MeSH-termer som er brukt i søket: Communication strategies AND dementia AND nursing. Avgrenset til årstall 2010-2018. Antall treff: 51. Artikkelen ble treff nr. 14.
<b>Utvalg/ størrelse</b>	
<b>Funn</b>	<p>Grunnleggende krav til god kommunikasjon er innhold, struktur, ordstruktur og passende språk i måten en kommuniserer.</p> <p>Strategier for å fremme effektiv kommunikasjon med personer med demens;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anvende korte og enkle setninger og snakk sakte</li> <li>- Sørg for stille og rolig miljø</li> <li>- Snakk med pasienten som en voksen person</li> <li>- Gi den enkelte tid til å behandle informasjonen</li> <li>- La pasienten fullføre sine tanker</li> <li>- Gjenta setninger med jevn stemme</li> <li>- Oppfordre til å skrive ned ord</li> <li>- Det kan være nyttig å bruke bileddiagrammer</li> <li>- Bruke passende ansiktsuttrykk og opprettholde øyekontakt</li> <li>- Sitte vendt mot pasienten</li> <li>- Ikke korrigere pasienten</li> <li>- Få pasientens oppmerksomhet før samtalen starter ved å f.eks. si dens navn.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tilpasse berøring ut i fra den enkelte pasient</li> <li>- Unngå å argumentere med pasienten</li> <li>- Lytte til pasienten</li> </ul>
<b>Konklusjon</b>	<p>God kommunikasjon hos personer med demens er svært viktig med tanke på deres livskvalitet og trivsel. Sykepleieren må ha gode kommunikasjonsevner for å oppnå en relasjon med pasienten.</p> <p>Tilpasningsevne for kommunikasjonsprosessen er nøkkelen til suksess for å sikre et vellykket engasjement med pasienter og dekke pasientenes behov.</p>
<b>Referanse</b>	<p>Jootun, D. &amp; McGhee, G. (2011). Effective communication with people who have dementia. <i>Nursing standard</i>.</p> <p><a href="https://search.proquest.com/docview/855426451?accountid=43213">https://search.proquest.com/docview/855426451?accountid=43213</a></p>

<b>Tittel</b>	«Seeing me through my memories: A grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in longterm care»
<b>Database</b>	Cinahl
<b>Fremgangsmåte for søk</b>	MeSH-termer som er brukt i søket: Dementia AND reminiscence therapy AND nursing. Avgrenset til årstall 2010-2018. Antall treff: 60. Forskningsartikkelen ble treff nr. 11.
<b>Utvalg/ størrelse</b>	Dybdeintervjuer med 38 deltakere (beboere med demens, pårørende, helsepersonell, sykepleiere)
<b>Funn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aktiverte personalet til å se og bli kjent med pasienten bak diagnosen og deres tidligere liv.</li> <li>- Fungerte som en nøkkel for engasjement til personer med demens.</li> <li>- Styrket relasjonen mellom pasienten og de ansatte.</li> <li>- Bidro til et roligere miljø i avdelingen.</li> <li>- Bedret livskvaliteten til pasientene.</li> <li>- Førte til reduksjon i utfordrerne adferd.</li> </ul>

	Det kom også frem at reminisensarbeidet tok mye tid, og at dette ble en ulempe da de ansatte følte at tiden ikke strakk til grunnet andre arbeidsoppgaver.
<b>Konklusjon</b>	Reminisens forbedret pasienter med demens sin opplevelse av å leve i langvarig omsorg, da personalet begynte å se pasienten og deres personlighet gjennom fortid og minner.
<b>Referanse</b>	Cooney, A., Hunter, A., Murphy, K., Casey, D., Devane, D., Smyth, S., Dempsey, L., Murphy, E., Jordan, F. & O'Shea, E. (2014). Seeing me through my memories: A grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in longterm care. <i>Journal of Clinical Nursing</i> . <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.12645">https://doi.org/10.1111/jocn.12645</a>

<b>Tittel</b>	«Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang»
<b>Database</b>	Svemed+
<b>Fremgangsmåte for søk</b>	Mesh-termer som er brukt i søket: tvang og demens og stellesituasjon. Avgrenset til årstall 2010-2018. Antall treff: 11. Artikkelen ble treff nr. 7.
<b>Utvalg/ størrelse</b>	Fokusgruppeintervjuer med 60 deltakere fordelt på 11 grupper. Deltakerne bestod av pleiepersonell på fem sykehjem.
<b>Funn</b>	Pleie og omsorg til personer med demens i stellesituasjoner byr på mange utfordringer. - Uklarheter om grensen mellom frivillighet og tvang - Motstanden handler ofte om hvordan pleien blir

	<p>utført</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Stellesituasjonene kan ha kort vei fra frivillighet til tvang</li><li>- Tillitt og god samhandling kan redusere motstand og bruk av tvang</li></ul> <p>Hva som betegnes som tvang og når det skal benyttes er avhengig av hver enkeltes persons oppfatning.</p>
<b>Konklusjon</b>	<p>Veien mellom frivillighet og tvang kan være uklar. Ved å bygge en god relasjon til pasienten kan veien mellom frivillighet og tvang føre til delaktighet, kontroll og friviligghet hos pasienten.</p>
<b>Referanse</b>	<p>Hem, H. M., Gjerberg, E., Pedersen, R. &amp; Førde, R. (2011). Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang. <i>Sykepleien</i>. <a href="https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0007">https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0007</a></p>

## 8.0 Vedlegg 2

# SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell Hensikt: øvelse  
i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?*

*Hva forteller resultatene?*

*Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)

**INNLEDENDE SPØRSMÅL**

<p><b>1. Er formålet med studien klart formulert?</b></p> <p>TIPS:</p> <p><input type="checkbox"/> Er det oppgitt en problemstilling for studien?</p>	<p>1. Artikkelen «<i>How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study</i>» ga oss svaret: <b>JA</b></p> <p>2. Artikkelen «<i>Bruk av tvang etter norsk lovgivning</i>» ga oss svaret: <b>JA</b></p> <p>3. Artikkelen «<i>Seeing me through my memories: A grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in longterm care</i>» ga oss svaret: <b>JA</b></p> <p>4. Artikkelen «<i>Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang</i>» ga oss svaret: <b>JA</b></p>
<p><b>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b></p> <p>TIPS:</p> <p><input type="checkbox"/> Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</p>	<p>1. Artikkelen «<i>How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study</i>» ga oss svaret: <b>JA</b></p> <p>2. Artikkelen «<i>Bruk av tvang etter norsk lovgivning</i>» ga oss svaret: <b>JA</b></p> <p>3. Artikkelen «<i>Seeing me through my memories: A grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in longterm care</i>» ga oss svaret: <b>JA</b></p> <p>4. Artikkelen «<i>Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang</i>» ga oss svaret: <b>JA</b></p>

**KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?**

<p><b>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b></p> <p>TIPS:</p> <p><input type="checkbox"/> Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet?</p>	<p>1. Artikkelen «How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study» ga oss svaret: <b>JA</b></p> <p>2. Artikkelen «Bruk av tvang etter norsk lovgivning» ga oss svaret: <b>JA</b></p> <p>3. Artikkelen «Seeing me through my memories: A grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in longterm care» ga oss svaret: <b>JA</b></p> <p>4. Artikkelen «Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang» ga oss svaret: <b>JA</b></p>
<p><b>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</b></p> <p>TIPS:</p> <p><i>I 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.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)?</li> <li>• Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta?</li> <li>• Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks.kjønn, alder, osv.)?</li> </ul>	<p>1. Artikkelen «How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study» ga oss svaret: <b>JA</b></p> <p>2. Artikkelen «Bruk av tvang etter norsk lovgivning» ga oss svaret: <b>JA</b></p> <p>3. Artikkelen «Seeing me through my memories: A grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in longterm care» ga oss svaret: <b>JA</b></p> <p>4. Artikkelen «Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang» ga oss svaret: <b>JA</b></p> <p><b>Utvalget innebar ansatte på sykehjem med ulik kompetanse. Karakteristika ved utvalget er beskrevet i form av rolle og antall. En artikkel har med personer</b></p>

	<p><i>med demens som utvalg, samt beskriver kjønn og alder. («Seeing me through my memories: A grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in longterm care»).</i></p>
<p><b>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</b></p> <p>TIPS:</p> <p>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <p><input type="checkbox"/> Er metoden som ble valgt god for å belyse problemstillingen?</p>	<p>1. Artikkelen «How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study» ga oss svaret: <b>JA</b></p> <p>2. Artikkelen «Bruk av tvang etter norsk lovgivning» ga oss svaret: <b>JA</b></p> <p>3. Artikkelen «Seeing me through my memories: A grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in longterm care» ga oss svaret: <b>JA</b></p> <p>4. Artikkelen «Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang» ga oss svaret: <b>JA</b></p>
<p><input type="checkbox"/> Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel <b>feltstudier</b> (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), <b>intervjuer</b> (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), <b>dokumentanalyse</b>.</p> <p><input type="checkbox"/> Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?</p>	<p><b>Alle artiklene har utdypende metodekapittel. Artiklene har som metode dybde- eller fokusgruppeintervju. Alle fire artiklene anvendte intervjuguide.</b></p>

<p><b>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</b></p> <p>TIPS:</p> <p>En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.).</li> <li>• Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)?</li> <li>• Er motstridende data tatt med i analysen?</li> <li>• Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til?</li> </ul>	<p>1. Artikkelen «How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study» ga oss svaret: <b>JA</b> (Anvender en åpen form for analyse som er kalt «bricolage»)</p> <p>2. Artikkelen «Bruk av tvang etter norsk lovgivning» ga oss svaret: <b>UKLART</b> (Analysen i artikkelen beskrives som en hermeneutisk måte å skape mening i et datamateriale. Det beskrives ikke noe mer om hvordan analysen ble gjennomført)</p> <p>3. Artikkelen «Seeing me through my memories: A grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in longterm care» ga oss svaret: <b>JA</b> (Grounded theory. Anvendte teknikken «Corbin &amp; Strauss» til analysen).</p> <p>4. Artikkelen «Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang» ga oss svaret: <b>JA</b> (Anvender en åpen form for analyse som er kalt «bricolage»)</p>
<p><b>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</b></p> <p>TIPS:</p> <p>Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor?</li> <li>• Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn?</li> </ul>	<p>1. Artikkelen «How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study» ga oss svaret: <b>JA</b></p> <p>2. Artikkelen «Bruk av tvang etter norsk lovgivning» ga oss svaret: <b>JA</b></p> <p>3. Artikkelen «Seeing me through my memories: A grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in longterm care» ga oss svaret: <b>JA</b></p> <p>4. Artikkelen «Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang» ga oss svaret: <b>JA</b></p> <p><b>Forskerens teoretiske ståsted og faglige bakgrunn er ikke beskrevet i selve artikkelen, men er nevnt enten på forsiden eller i tidsskriftet. «Tvang etter norsk</b></p>



	<p><i>lovgivning» har godt beskrevet bakgrunnen til forfatterne.</i></p>
<p><b>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</b></p> <p>TIPS:</p> <p>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 å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<p><b>1. Artikkelen «How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study» ga oss svaret: <i>JA</i></b></p> <p><b>2. Artikkelen «Bruk av tvang etter norsk lovgivning» ga oss svaret: <i>JA (Referanseliste kommer kun opp når en åpner artikkelen i PDF fil).</i></b></p> <p><b>3. Artikkelen «Seeing me through my memories: A grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in longterm care» ga oss svaret: <i>JA</i></b></p> <p><b>4. Artikkelen «Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang» ga oss svaret: <i>JA</i></b></p>
<p>tilfredsstillende.</p> <p><input type="checkbox"/> Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?</p>	
<p><b>9. Er etiske forhold vurdert?</b></p> <p>TIPS:</p> <p><input type="checkbox"/> Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? <input type="checkbox"/> Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite?</p>	<p><b>1. Artikkelen «How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study» ga oss svaret: <i>JA, skriftlig informert samtykke ble innhentet før intervjuene</i></b></p> <p><b>2. Artikkelen «Bruk av tvang etter norsk lovgivning» ga oss svaret: <i>UKLART, skriftlig informert samtykke kommer ikke frem i artikkelen. Artikkelen er vurdert og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste.</i></b></p> <p><b>3. Artikkelen «Seeing me through my memories: A grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in longterm care» ga oss svaret: <i>JA, skriftlig informert samtykke ble innhentet og etisk godkjenning ble gitt av et forskningsetisk</i></b></p>

	<p><i>utvalg.</i></p> <p><b>4. Artikkelen «Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang» ga oss svaret: <i>UKLART, det kommer ikke frem noe om skriftlig informert samtykke, men studien er lagt frem for regional komite for forskningsetikk, og studien ble ikke vurdert som fremleggelsespliktig der.</i></b></p>
--	---

## HVA ER RESULTATENE?

<p><b>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Kan du oppsummere hovedfunnene?</i></li> <li>• <i>Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien?</i></li> </ul>	<p><b>1. Artikkelen «How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study» ga oss svaret: <i>JA</i></b></p> <p><b>2. Artikkelen «Bruk av tvang etter norsk lovgivning» ga oss svaret: <i>JA</i></b></p> <p><b>3. Artikkelen «Seeing me through my memories: A grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in longterm care» ga oss svaret: <i>JA</i></b></p> <p><b>4. Artikkelen «Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang» ga oss svaret: <i>JA</i></b></p>
--	---

## KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p><b>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</b></p> <p><i>TIPS:</i></p> <p><i>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i?</i></li> <li>• <i>Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse?</i></li> </ul>	<p><b><i>Ja, vi anser funnene som nyttige for å besvare vår problemstilling. Dette utdypes gjennom oppgaven.</i></b></p>
--	--

## SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN OVERSIKTSARTIKKEL

Målgruppe: studenter og helsepersonell Hensikt: øvelse  
i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?*

*Hva forteller resultatene?*

*Kan resultatene være til hjelp i praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanser:

- Guyatt G, Rennie D. Users` Guides to the medical literature, second edition. JAMA & Archives Journals, AMA Press, 2008.
- Critical Appraisal Skills Programme. [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)

Dersom du skal skrive en systematisk oversikt viser vi til Håndboka “Slik oppsummerer vi forskning” (kunnskapssenteret.no)

## INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p><b>1. Er formålet med oversikten klart formulert?</b></p> <p><i>TIPS: Se om formuleringen er tydelig når det gjelder populasjon, intervensjon og utfallsmål.</i></p>	<p><i>Artikkelen «Makt og tvang i stellesituasjoner» ga oss svaret: <b>JA</b></i></p>
<p><b>2. Søkte forfatterne etter relevante type studier?</b></p> <p><i>TIPS: De mest relevante type studier bør svare på oversiktens spørsmål og ha et egnet studiedesign (dette er vanligvis randomiserte kontrollerte studier når spørsmålet omhandler effekt).</i></p>	<p><i>Artikkelen «Makt og tvang i stellesituasjoner» ga oss svaret: <b>JA</b></i></p>

## KAN VI STOLE PÅ RESULTATENE?

<p><b>3. Er det sannsynlig at viktige og relevante enkeltstudier er funnet?</b></p> <p><i>TIPS: Se etter hvorvidt det ble</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• oppgitt og referert en søkestrategi</li> <li>• søkt i relevante databaser</li> <li>• søkt i referanselister (i inkluderte studier, andre oversiktsartikler, osv)</li> <li>• tatt personlig kontakt med eksperter</li> <li>• søkt etter både ikke-publiserte og publiserte studier             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> søkt etter studier på andre språk enn engelsk.</li> </ul> </li> </ul>	<p><i>Artikkelen «Makt og tvang i stellesituasjoner» ga oss svaret: <b>JA</b></i></p>
--	---

<p><b>4. Er kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?</b></p> <p><i>TIPS: Forskerne må vurdere den metodisk kvaliteten på enkeltstudiene de har funnet. Systematiske skjevheter i studienes utførelse kan påvirke resultatene i studiene.</i></p>	<p><i>Artikkelen «Makt og tvang i stellesituasjoner» ga oss svaret: <b>JA</b></i></p>
<p><b>5. Dersom resultater fra de inkluderte studiene er kombinert statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig/ forsvarlig?</b></p> <p><i>TIPS: Vurder hvorvidt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>resultatene i enkeltstudiene var «like nok» til å slås sammen</i></li> <li>• <i>resultatene fra enkeltstudiene kommer klart fram</i></li> <li>• <i>eventuelle variasjoner i resultatene er diskutert.</i></li> </ul>	<p><i>Artikkelen «Makt og tvang i stellesituasjoner» ga oss svaret: <b>JA</b></i></p> <p><i><b>Resultatene i studien er vist i en tabell og kommer tydelig frem. Funnene er diskutert i eget kapittel.</b></i></p>

#### HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p><b>6. Hva forteller resultatene?</b></p> <p><i>TIPS: Vurder</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>hvorvidt du forstår hovedkonklusjonen i oversikten</i></li> <li>• <i>hvordan resultatene er fremstilt (NNT, odds ratio, osv)</i></li> </ul>	<p><i><b>Resultatene forteller ulike alternativer til strategier for å unngå makt og tvang. Resultatene er nærmere utdypet i funn i oppgaven.</b></i></p>
<p><b>7. Hvor presise er resultatene?</b></p>	

<p><i>TIPS: Se på konfidensintervallene, hvis de er tilgjengelige.</i></p>	<p><b><i>Vi kan ikke se at det er oppgitt konfidensintervaller.</i></b></p>
--	---

## KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I PRAKSIS?

<p><b>8. Kan resultatene overføres til praksis?</b></p> <p><i>TIPS: Vurder hvorvidt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>deltakerne som inngår i oversikten er representative for de du møter i din praksis</i></li> <li><i>din praksis er veldig ulik den som inngår i oversikten.</i></li> </ul>	<p><b><i>Artikkelen «Makt og tvang i stellesituasjoner» ga oss svaret: JA</i></b></p>
<p><b>9. Ble alle viktige utfallsmål vurdert?</b></p> <p><i>TIPS: Vurder om det finnes ytterligere informasjon som du ville hatt med i oversikten.</i></p>	<p><b><i>Artikkelen «Makt og tvang i stellesituasjoner» ga oss svaret: UKLART. Ordet utfallsmål kommer ikke til syne, men vi vurderer at utfallsmålet dreier seg om alternative strategier ved tvang. Disse ble vurdert.</i></b></p>
<p><b>10. Er fordelene verdt ulemper og kostander?</b></p> <p><i>TIPS: Er nytten av tiltaket verdt kostander og eventuelle bivirkninger?</i></p>	<p><b><i>Artikkelen «Makt og tvang i stellesituasjoner» ga oss svaret: UKLART. Vanskelig for oss å vurdere. Det kommer ikke tydelig frem om fordelene er verdt ulemper og kostnader. Som for eksempel om fordelene med mer ressurser er verdt kostnadene dette medfører.</i></b></p>

