



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

En vei for å unngå bruken av tvang hos eldre personer med demens med utfordrende atferd i sykehjem – En systematisk oversikt.

Masteroppgave i aldring og geriatrisk helsearbeid. HEL-3963

Kandidat nr. 1. *Usa Pankrod*

Antall ord: 22 588

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	4
ABSTRACT	5
DEL I – INTRODUKSJON	6
1 INNREDNING	6
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	6
1.2 FORMÅL OG PROBLEMSTILLING	7
1.3 BEGREPSAVKLARINGER	8
1.4 AVGRENSNING AV OPPGAVEN	9
1.5 OPPBYGGING AV OPPGAVEN	9
2 TEORI OG TIDLIGERE FORSKNING	10
2.1 TEORI	10
2.1.1 Demenssykdom utvikling	10
2.1.2 Utfordrende atferd	14
2.1.3 Personsentrert omsorg	18
2.1.4 Kommunikasjon i relasjon	21
2.1.5 Lov om pasient- og brukerrettigheter kapittel 4 A	23
2.1.6 Kompetansebehov	25
2.2 TIDLIGERE FORSKNINGER	26
DEL II – METODE	31
3 METODE	31
3.1 METODEBESKRIVELSE	31
3.2 BEGRUNNELSE FOR VALG AV METODE	31
3.3 LITTERATURSTUDIE MED SYSTEMATISK TILNÆRMING	32
3.3.1 Beskrivelse av søkestrategi	33
3.3.2 Seleksjonskriterier	33
3.3.3 Søkeprosessen	36
3.3.4 Datasamling	40
3.3.5 Tematisk analyse	43
3.3.6 Reliabilitet	45
3.3.7 Validitet	45
3.3.8 Forforståelse	46
3.3.9 Forskningsetiske overveielser	46
DEL III - FUNN	48
4 FUNN	48
4.1 PRESENTERER AV FUNN	52
4.2 VURDERING AV PASIENTENS ATFERDSENDRING	54
4.2.1 Kompetanse om demenssykdom og utfordrende atferd	54
4.2.2 Kartlegging og planlegging	57
4.2.3 Kompetanse om pasient- og brukerrettighetsloven § 4 A	58
4.3 TILRETTELEGGING AV DET FYSISKE OG SOSIALE MILJØET	59
4.3.1 Personsentrert omsorg	59
4.3.2 Empowerment rammeverk	60
4.4 TILTAK FOR Å FOREBYGGE BRUKEN AV TVANG	61
4.4.1 Tillitsskapende tiltak	61
4.4.2 Kommunikasjon og holdninger	62
4.5 LEDELSEN ANSVAR I SYKEHJEM	64
4.5.1 Opplæring og kollegaveiledning	64
4.5.2 Bruke ressurser med riktig kompetanse	65

4.5.3	<i>Samarbeide mellom ledelsen og personale</i>	66
DEL III – DISKUSJON		68
5 DISKUSJON		68
5.1	VURDERING AV PASIENTENS ATFERSENDRING.....	68
5.2	TILRETTELEGGING AV DET FYSISKE OG SOSIALE MILJØET.....	71
5.3	TILTAK FOR Å FOREBYGGE BRUKEN AV TVANG.....	73
5.4	LEDELSEN ANSVAR I SYKEHJEMMET	74
5.5	METODEDISKUSJON	77
5.5.1	<i>Styrker og svakheter med oppgave</i>	77
6 KONKLUSJON		79
6.1	IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS OG VIDERE FORSKNING	79
REFERANSER		81
VEDLEGG 1 SØKEHISTORISK		87
VEDLEGG 2 FULLSTENDIG LITTERATURMATRISE		88
VEDLEGG 3 KARTLEGGINGSSKJEMA		90
VEDLEGG 4 REGISTRERINGSSKJEMA FOR ATFERD		91
Figur 1	Innfallsvinkler av pasientens atferdsendringer	18
Figur 2	PRISMA 2020 Flow diagram	39
Tabell 1	Inklusjons- og eksklusjonskriteria	34
Tabell 2	PICOT skjema	35
Tabell 3	Kvalitets vurdering av artiklene	41
Tabell 4	Tema	45
Tabell 5	Inkluderte 12 artiklene	48
Tabell 6	Presenterer av funnene	53

Forord

Tre års masterutdanning går mot slutten og jeg ser tilbake på mange lærerike og utfordrende opplevelser gjennom hele studietiden. Jeg ser i spenning frem til å kunne ta i bruk min nye kompetanse som geriatriksykepleier.

Jeg må først og fremst få takke familien min for den støtten og oppmuntringen de har gitt meg under hele dette forløpet. All ære til min kjære familie som har tålmodig og ventet på at jeg skal komme ut av masterboblen.

Takk til mine veiledere som har vært usedvanlig tilgjengelig og hjelpsom og de konstruktive tilbakemeldingene gjennom hele prosessen for masteroppgaven min.

Det må også rettes en stor takk til med lærerne og medstudentenes grupper både i Harstad, Narvik og Tromsø. Takk for at dere har vært så engasjert og involvert i prosessen, og tusen takk for at dere ville bruke tiden dere samt dele deres kunnskaper, erfaringer og unike innspill som har vært utrolig nyttig i fagfeltet.

Sortland, 05.05.2022

Usa Pankrod, sykepleier.

Sammendrag

Bakgrunn	Bruken av tvang hos personer med demens med utfordrende atferd i sykehjem blir utsatt for minst ett tvangstiltak i løpet av en uke. I demensplanen for 2025 ble det lagt vekt på oppfølging av tvangslovsutvalget og god kompetanse hos helsepersonell for å redusere tvangsbruk.
<i>Problemstilling</i>	<i>Hvordan kan sykepleiere forebygge og unngå bruken av tvang hos eldre personer med demens med utfordrende atferd i sykehjem?</i>
Hensikt og formål	Å få ny kunnskap om å forebygge og unngå bruken av tvang hos eldre personer med demens med utfordrende atferd i sykehjem.
Metode	En systematisk litteraturstudie hvor det ble innhentet kvalitative studier for fem databaser gjennom en systematisk søkestrategi og analyseringsprosess.
Resultater	Funnene viser i fire hovedtemaer: vurdering av pasientens atferd, tilrettelegger det fysiske og sosiale miljøet, tiltak for å forebygge bruken av tvang og ledelsens ansvar i sykehjem.
Konklusjon	Bruken av tvang hos eldre personer med demens med utfordrende atferd, kan sykepleiere forebygge ved å øke kompetansen om demensomsorgen og pasient- og brukerrettighetsloven § 4 A. Personsentrert omsorgsteori gir redusert forekomst av agitasjon hos personer med demens.
Søkeord	Eldre, demens, agitasjon, sykepleier, tvang, forebygge, sykehjem, kvalitative studier.

Abstract

Bakground	The use of coercion in people with dementia with challenging behavior in nursing is subjected to at least on enforcement action within a week. The dementia plan for 2025 emphasis on follow-up of the compulsory law committee and good competence among health personnel to reduce use of force.
<i>Issues</i>	<i>How can nurses prevent and avoid the use of coercion in elderly people with dementia with challenging behavior in nursing homes?</i>
Purpose	To gain new knowledge about how to prevent and avoid the use of coercion in elderly people with dementia with challenging behavior in nursing homes.
Method	A systematic literature study in which qualitative studies were obtained from five databases through a systematic search strategy and analysis process.
Results	The findings are shown in four main topics: assessment of the patient's behavior, facilitating the physical and social environment, measures to prevent the use of coercion and management of responsibilities in nursing homes.
Conclusion	The use of coercion in elderly people with dementia with challenging behaviors can be prevented by increasing the nurse's competence in dementia care and section 4 A of the Patient and User Rights Act.
Keywords	Elderly, older, dementia, nurse, coercion, prevent, challenging behavior, nursing home, qualitative study.

Del I – Introduksjon

I del 1 inneholder innledning, teoretisk rammeverk og tidligere forskninger. I innledningen skal jeg redegjøre bakgrunn for valg av tema, formål og problemstilling, avgrensning av oppgaven, begrepsavklaring og oppbygging av oppgaven. Videre presenterer jeg teoretiske rammeverk som inneholder teorier og tidligere forskninger.

1 Innledning

I denne litteraturstudien skal jeg rette søkelyset mot sykepleierens rolle i møte med eldre personer med demens med utfordrende atferd i sykehjem. Ifølge Verdens helseorganisasjon (2021) er det rapportert at for tiden lever mer enn 55 millioner mennesker med demens over hele verden, og det er nesten 10 millioner nye tilfeller hvert år. Demenssykdom er den syvende ledende dødsårsaken til tross for alle sykdommer og er en av de viktigste årsakene til funksjonshemming. Demenssykdom kommer og rammer iblant eldre mennesker globalt (World Health Organization, 2021). I Norge er det nærmere 101 000 som lever med demens. Folkehelseinstituttet regner med at personer med demens blir mer enn en dobling innen år 2050 er grunnet av økende antall eldre. I dag er det omtrent 40 000 sykehjemsplasser i Norge og ca. 84 prosent av beboerne er personer med demens (Bjørn et al., 2021).

I Norge er helsehjelp gitt med tvang etter pasienten- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. Dette regelverket kan brukes ved yte nødvendig somatisk helsehjelp til pasienter som ikke har samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelp (Statsforvalteren, 2021). For å unngå bruk av tvang hos personer med demens kan det bygges på prinsippene rundt medbestemmelse og individualisering (Rokstad, 2008, s. 224).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Masteroppgaven omhandler hvordan sykepleiere kan forebygge og unngå bruken av tvang hos personer med demens med utfordrende atferd i sykehjem. I demensplan 2025 legger dem vekt på oppfølging av tvangslovsutvalget og god kompetanse hos helsepersonell for å redusere tvangsbruk (Helse og omsorgsdepartement, 2020, s. 78). Ifølge Johnsen og Smebye (2008, s. 208-209) fremhevet at det er utført en ikke ubetydelig lovhjemmel i bruk av tvang hos personer med demens i sykehjem. Somatiske pasienter i skjermede enheter blir utsatt for

minst ett tvangstiltak i løpet av en uke. Det var 65 % av tilfellene i tiltakene som ikke ble registrert i systemet på at det var brukt tvang.

Forverringen i tilstanden kan oppstå raskere etter hvert. Det er vanlig at de fleste pasienter med demens kan miste livet i løpet av en tiårsperiode etter at de har fått diagnosen (Strand et al., 2021). De fleste pasienter med demens kan ikke si sine egne meninger og har manglende evne til å utføre sine daglig gjøremål. Til tross ved alvorlig grad av demens i den siste fasen er pasienten med gradvis økende handlingssvikt og hjelpeløshet som fører til at pasienten blir hjelpetrengende (Engedal & Tveito, 2019, s. 366). Utfordrende atferds forandringer er en vanlig årsak til at det blir nødvendig med innleggelse i institusjon med døgnbemanning. Atferdsmessige endringer er demens symptomene og forekommer i varierende grad i alle stadier av demensforløpet, manglende evner for å holde seg orientert om tid og sted og forekommer med nedsatt livskvalitet i hverdagen (Rokstad, 2008, s. 182).

Ifølge demensplan 2025 har regjeringen lagt frem en kvalitetsreform for eldre «*Leve hele livet*» (Helse og omsorgsdepartement, 2020, s. 37). Studien viser at eldre personer med demens har behov for daglige aktiviteter og ha sosialt fellesskap. Der er det viktig at pasientene får tilbud om meningsfylte aktiviteter som er tilpasset for alle. Dette kan være nyttig for eldre personer med demens og aktiviteter kan frembringe glede og redusere utfordrende atferd hos dem (van Corven, 2021).

1.2 Formål og problemstilling

Formål med studien er å få en oversikt og innsikt i hva kvalitative forskninger, sier om forebyggende tiltak ved utfordrende atferd hos eldre personer med demens i sykehjem. I masteroppgaven har jeg benyttet en systematisk oversikt, over hvordan sykepleiere opplevde og erfarte møte med eldre personer med demens utfordrende atferd slik at tvangsbruken kan unngås. Hensikten med studien er å få ny kunnskap og få økt min forståelse for hvordan sykepleiere kan forebygge og unngå bruken av tvang hos eldre personer med demens i sykehjem. Funnene kan bidra til en bedre forståelse og øke fokus på refleksjon rundt temaet som kan benyttes til å forebygge tvangsbruken på sykehjem i fremtiden.

Problemstilling

Hensikten med denne studien er å utforske hva kvalitative forskninger sier om sykepleieres bidrag til å forebygge bruken av tvang hos eldre personer med demens med utfordrende atferd.

Hvordan kan sykepleiere forebygge og unngå bruken av tvang hos eldre personer med demens med utfordrende atferd i sykehjem?

1.3 Begrepsavklaringer

Utfordrende atferd

Det er symptomene som omtales ofte som atferdsmessig og psykiske symptomer ved demens (Rokstad, 2008, s. 181-182). Utfordrende atferdsendringer er vanlig en forekomst med demens, og der blir det nødvendig med innleggelse i institusjon med døgnbemanning. Pasienten får en endret livssituasjon som av en påvirkning av hjerneorganiske forandringer, og har det vanskelig for å kommunisere med andre.

Tvang

Johnsen og Smebye (2008, s. 210) har definert tvangsbegrepet at det har i juridiske sammenhenger ved at tvang er fravær av samtykke. Denne definisjonen er knyttet opp mot den psykiske helsevernloven. I denne definisjonen er det sentralt å avklare hva som ligger i samtykkebegrepet. Det vil gå ut på om det ikke foreligger ulovlig tvangsbruk dersom pasienten har et gyldig samtykke som grunnlag for å gjennomføre helsehjelp. Samtidig vurderer helsepersonell om at tiltaket er forsvarlig faglig og etisk vurdering for det foreligger et gyldig samtykke.

Empowerment

Eide og Eide (2007, s. 20) fremhever at Empowerment er en hjelpende kommunikasjon som kan benytte i praktisk ferdighet mellom pasienter og helsepersonell. Det innebærer at helsepersonell må skape trygghet, tillit og formidler informasjon gjennom den kommunikasjonen ved hjelp av Empowerment. Hensiktsmessige er det å være hjelpende, støttende og problemløsende. Det er et etisk begrunnet og sammenfatter verdier som likeverd, hensyn til pasientens beste og respekt for pasienten rett til selvbestemmelse.

1.4 Avgrensning av oppgaven

Ut fra mitt tema og min problemstilling ønsker jeg å avgrense tvangsbruk hos eldre personer med demens og med utfordrende atferd. Denne oppgaven omhandler hvordan sykepleier kan forebygge bruken av tvang hos eldre personer med demens med utfordrende atferd i sykehjem. Grunnet av oppgavens omfang har jeg valgt å ikke utdype de enkelte demensdiagnosene, men skriver om demens generelt. For å få mer konkret beskriver jeg symptomene om utfordrende atferd som er relevante i forhold til min problemstilling. Jeg tar ikke med pårørendes perspektiv for at jeg ønsker å fokusere på sykepleieres og omsorgshelsepersonellers opplevelser. Tvang benyttes i flere situasjoner i sykehjem, jeg har valgt å avgrense det til tvangs bruk mot eldre personer med demens med utfordrende atferd. For å belyse min problemstilling har jeg valgt å gå nærmere inn på tvangsparagraf loven kapitlet 4A, og deriblant pasientens samtykkekompetanse. Det er for å trekke inn hva regelverket sier i forhold til tvangstiltak hos eldre personer med demens, og hvordan helsepersonell kan forebygge og unngå bruken av tvang hos eldre pasientene.

1.5 Oppbygging av oppgaven

Denne oppgaven har fire deler. Første del inngår i introduksjons del og det inkluderer kapittel 1 og 2. Kapittel 1 inneholder introduksjon, bakgrunn for valg av tema, formål og problemstilling, avgrensning av oppgaven, begrepsavklaring og oppbygging av oppgaven. Kapittel 2 inneholder oppgavens teori og tidligere forskninger. På teori har jeg redegjort for de viktigste teoriene som har belyst min problemstilling. På tidligere forskninger har jeg tatt med åtte forskninger studier som er relevant til min oppgave. Andre del inngår i metodens del og denne metodens del inngår i kapittel 3. Kapittel 3 inneholder metodebeskrivelse, begrunnelse for valg av metode, litteraturstudie med systematisk tilnærming, beskrivelse av søkestrategi, søkeprosessen, datasamling, kvalitet vurdering av artiklene, tematisk analyse og forskningsetiske overveielser. Tredje del inngår i funns del. Delen inneholder kapittel 4 som viser en presentasjon av funnene med tabell og har en oversikt av de tolv artiklene av de resultatene fra systematisk litteratursøk. Fjerde del inngår i diskusjons delen som inneholder kapittel 6 og der diskuterer jeg teoriene, funnene og tidligere forskninger. Videre diskuterer jeg metodevalg, hvordan det er relevant for praksis, og oppfatning til videre forskning. Til slutt oppsummerer jeg med å besvare forskningsspørsmålet mitt.

2 Teori og tidligere forskning

I dette kapitlet presenterer jeg den teorien som er inkludert i både teoribakgrunn og tidligere forskninger. I den teoribakgrunnen tar jeg utgangspunktet i flere teorier som belyser min problemstilling. Teoribakgrunnen inkluderer demenssykdommen utvikling, utfordrende atferd, personsentrert omsorg, kommunikasjon i relasjon, lov om pasient- og brukerrettigheter kapittel 4 A, og kompetanseutvikling hos personalet. I tidligere forskninger har jeg valgt åtte studier som belyser til min problemstilling.

2.1 Teori

2.1.1 Demenssykdom utvikling

Rokstad (2008, s. 28) beskrev demens er en samlebetegnelse på sykdommer som har langvarig klinisk tilstand, og kan ramme et flertall av funksjonene i hjernen. Kjenetegnes mellom normale og ikke-normale kognitive aldersforandringer kan forverres over tid. Det er vanlig at pasienten har nedsatt tempo, langsommere informasjonsbearbeiding, langsommere innlæring og forlenget reaksjonstid hos eldre. I tillegg kan både pasientens syn og hørsel bli redusert ved økende alder. Pasientens evner til å utføre sin dagliglivets aktiviteter på en adekvat måte svekkes, pasientens sosiale atferd forandres og hukommelse reduseres.

Rokstad (2008, s. 29) beskrev tydelig at sykdommer som kan gi demens er delt inn i tre grupper. Det er degenerative hjernesykdommer, vaskulær demens og sekundær demens. Første gruppen er degenerative hjernesykdommer som blant annet Alzheimers sykdom med tidlig (før fylte 65 år) eller sen debut, og frontotemporal demens. I tillegg er demens med Lewy-legemer, Parkinsons sykdom med demens, Huntingtons chorea med demens, og andre degenerative hjernesykdommer inkludert i denne gruppen. Andre gruppen er vaskulær demens som blant annet småkarsykdom, enkeltinfarkt- eller multiinfarktdemens, hypoksidemens, andre vaskulære sykdommer og demens, og blanding av vaskulær demens og Alzheimers sykdom. Tredje gruppen er sekundær demens som blant annet alkoholisk betinget demens, vitaminmangeldemens, encefalitt og demens, Creutzfeldt-Jakobs sykdom, hjernesvulst og demens, hodetraumer og demens, hematome i hjernen og demens, normaltrykkshydrocephalus og demens, endokrine sykdommer og demens, organsvikt og demens, og andre sykdommer (s. 30).

Symptomer på demens

Ifølge Rokstad (2008, s. 40) skrev at symptomene ved demens deler inn i tre hovedgrupper; svikt i kognitive funksjoner, atferdsmessige symptomer og motoriske symptomer.

Svikt i kognitive funksjoner

Rokstad (2008, s. 41) forklarer at ved svikt i kognitive funksjoner får pasienten redusert oppmerksomhet, hukommelse og problemløsning. Oppmerksomhetsfunksjonen innebærer at pasienten har oppmerksomhet for stimuli i omgivelsene, og har evnen til å forstå situasjonen og kan utføre sine oppgaver uten problemer. For eksempel pasienten har evnen til å holde fokus på en samtale, en bok eller en oppgave. Neglekt er en tilstand i forbindelse med høyresidig hjerneskade, men er ikke likt synsfeltutfall. Noen pasienter får kroppsneglekt, og de er kan ikke føle smerter eller berøring av kroppen. Romneglekt er stimuli fra omgivelsene på den ene siden av pasientens kropp som ikke fanges opp.

Ved problemer med læring og hukommelse er ofte det første pasienten og pårørende oppdaget ved en begynnende demens. Pasienten er mangel til å venne seg til nye stimuli, og det er vanskelig ved en demenssykdom. Det er skillet seg mellom korttids- og langtidshukommelse. For korttidshukommelsen er kunne bare av sekunders varighet, og langtidshukommelse kan strekke seg fra minutter til dager og år.

For langtidshukommelsen kan deles i episodisk, semantisk og prosedural hukommelse. Konkrete hendelser i fortiden er ofte bundet til personlige opplevelser av spesielle situasjoner kalles episodiske hukommelse, for eksempel pasienten kan huske sin bryllupsdag eller besøket fra familie i forrige uke. Episodisk hukommelse kan være berørt av bilder og andre sanseopplevelser. Ved semantisk hukommelse har pasienten evnen til å huske faktakunnskaper og generell informasjon. Det er blant annet kulturavhengig og preget av barndoms oppvekst og skolegang. Ved prosedural hukommelse er pasientens handlinger utført automatisk. For eksempel å bruke kjente kjøkkenredskaper eller kjøre bil. Det er handlinger som pasienten har lært gjennom gjentatte repetisjoner (s. 41-42).

Langtidshukommelse kan deles inn i to ulike sider gjenkalling og gjenkjenning. Gjenkalling innebærer at pasienten har evnen til å hente frem lagret informasjon uten hjelp fra omgivelsene. Ved gjenkjenning bruker pasienten detaljer i omgivelsene som ledetråd for å hente frem den samme informasjonen. Det er en forskjell på at pasienten med demens ikke kan gjenkalle navn på familiemedlemmer når det stilles et åpent spørsmål. Det er lettere for å gjenkjenne enn for å gjenkalle for personer med demens. Å huske noe som har skjedd i

fortiden kalles retrospektivt. Å holde fast ved mål i fremtiden er en måte ved planlegging kalles prospektiv (s. 42).

Språklige problemer er oppstått ofte ved demens. Ifølge Rokstad (2008) påpekte at språkvasker relatert til hjerneorganiske sykdommer. Det kan deles i motorisk, sensorisk og anomisk afasi. Motorisk afasi betegner som svik i språkproduksjonen, og talen blir langsom. Motorisk afasi er forskjell fra dysartri som har symptomer med lammelser i munn, svelg og medfører problemer med uttale. Ved sensorisk afasi blir pasienten redusert til å forstå andres tale. Pasienten blir ofte oppfattet som usammenhengende språk. Anomisk afasi innebærer at pasienten har talen flytende, men har problemer å huske ord, spesielt substantiver (s. 42). Svik i andre kognitive funksjoner som handlingssvikt hos personer med demens, kan skyldes svikt i planlegging. Noen pasienter med demens får problemer med en eller flere deler i kjeden fra sansing til handling. Det innebærer at pasientens har sviktende sanseoppfatning, og har ingen evne til kognitiv bearbeiding på grunn av redusert hukommelse. Det kan oppstå sviktende evne til å utføre praktiske handlinger som praktiske ferdigheter kalles apraksi. Agnosi innebærer at pasienten mangel evnen til å gjenkjenne eller identifisere objekter for intakt sensorisk funksjon. Pasienten kjenner ikke igjen gjenstander og kan bruke dem på feil måte for eksempel ikke kjenne igjen lyder som ringeklokke eller vekkerklokke. Pasienten har manglende evnen til å orientere seg i omgivelsene, og vansker med å kjenne igjen en og samme gjenstand fra ulike vinkler kalles visuokonstruktiv svikt, for eksempel pasienten må ha hjelp til å finne veien til rommet sitt (s. 43).

Atferdsmessige symptomer

Rokstad (2008, s. 43) påpeker at de aller fleste personer med demens har i tillegg de kognitive symptomene endringer i atferdsmessige og i følelsesmessige reaksjoner. Disse symptomene har forskjellige former, og alt er knyttet etter hvilken sykdom som forårsaker demenstilstanden. Depresjon og angst er begge former som oppstår hyppig ved demenssykdom. Tilstanden er sviktende evne til mestring og opplevelse av tap vil kunne gi depresjon. Det er endringer i signalstoffene i hjernen som kan gi biologiske grunner til depressive symptomer. Angst er en tilstand der pasienten opplever usikkerhet overfor fremtiden. Pasientens tilstand blir avhengige av andre i økende grad. Pasienten kan få angstanfall hvis de må være alene. Panikk tilstanden oppstår der pasienten ikke forstår hva som skjer i omgivelsene, og blir redd. I tillegg kan det oppstå aggressivitet der pasienten setter seg til motverge eller forsøke å flykte. Vrangforestillinger og hallusinasjoner kan oppstå

hos mange med personer med demens. Vrangforestillinger er en tilstand der pasienten side ikke har sammenheng med den virkeligheten omgivelsene ser. Hallusinasjoner eller synshallusinasjoner er ofte vanlige ved demens med Lewy-legemer, men kan oppstå ved andre former for demens. Apati og interesseløshet er hyppige atferdsendringer hos personer med demens. Pasienten blir mer søkende gradvis ut i sosiale sammenhenger. Etter hvert blir pasienten sittende mye i ro eller inaktivt og ligger mye i sengen i løpet av dagen. Det er i motsatt fall av at pasienten blir og får økt rastløshet og økt motorisk aktivitet. Disse atferdsmessige handlingene må ses i sammenheng med tidligere atferdsmønster og aktivitetsbehov. Det er viktig å forstå at hvilke årsaker som påvirker inn til pasientens økende tendens til irritabilitet og aggressivitet. Pasienten kan ha forandret døgnrytme på grunn av en økende tendens til smådupping på dagtid, redusert konsentrasjonsevne, passivitet og manglende oppmerksomhet. Slike tilstander kan føre til innsovningsvansker om kvelden og ofte oppvåkninger i løpet av natten (Rokstad 2008, s. 44).

Engedal og Tveito (2019, s. 375) beskriver roping tilstand er en type tilstand av atferdsmessig symptomer som forekommer ved alvorlig demens. Noen pasienter roper «*Hallo, hallo!*», «*Hjelp meg, hjelp meg!*» uten pausen inntil personal kommer. Andre pasienter roper uavhengig av andres tilstedeværelse. Pasienten som roper er vanlig selv ikke klar over sin roping. Det er vanskelig å få pasienten til å slutte. Pasientens roping kan være en type kommunikasjon, eller om den kan være en type selvstimulering.

Motoriske symptomer

Rokstad (2008, s. 44) beskriver at muskelstyringsproblemer er en vanlig tilstand i forløpet ved demens. Pasienten har nedsatt evne til å koordinere bevegelser i kroppen, balansesvikt og svikt i evnen til å beregne avstander til hensiktsmessige og glidende bevegelser. Det kan være vansker med å reise og sette seg. I tillegg kan inkontinens forekomme i løpet av demensutviklingen. Pasienten har nedsatt eller ingen kontrollmekanismer for naturlige funksjoner.

Engedal og Tveito (2019, s. 375) beskriver at endringer av motorisk kontroll gjør at pasienten får ustø gange med falltendens, og vansker med å gå i trapper. Personer med demens kan ikke gjøre flere ting samtidig for eksempel å føre en samtale under gange. Pasientens balanse blir mye dårligere når han eller hun skal holde i gang en samtale og gå samtidig.

2.1.2 Utfordrende atferd

Atferdsmessige og følelsesmessige endring er en del av utfordrende atferd som opptrer ved demenssykdom. Atferdsmessige og psykisk symptomer ved demens er i norsk faglitteratur forkortet som APSD. Begrepet ble kjent i 1990-årene av den internasjonale alderspsykiatriorganisasjonen, og den engelske forkortelsen er BPSD «*Behavioural and psychological symptoms in dementia*» (Rokstad 2008, s. 181).

Rokstad (2008, s. 181-182) påpekte at atferdsendringer er relatert til en demensutvikling som har hatt ulike betegnelser; aggressiv atferd, vanskelig atferd og voldelig atferd. De mest vanlige fysiske atferdsendringene er aggresjon, irritabilitet, vandring og rastløshet. Det er ganske vanlig atferdsendringene er uro, rastløshet, roping og manglende seksuelle hemninger. De mindre vanlige atferdsendringene er gråting, banning, følger seg som en skygge, og repeterende handlinger. Det er viktig at helsepersonell kan observere pasienters psykiske symptomer eller atferdsendringer. De mest vanlige psykiske symptomer er vrangforestillinger, paranoia, hallusinasjoner, depresjon, søvnløshet og angst, og ustabil humør. Det er vanlig at psykiske symptomer blir feiltolket. Personer med demens har en endret livssituasjon i høy grad og det er påvirket av hjerneorganiske forandringer som utgjør at pasientene endre muligheter for livsutfoldelse og kommunikasjon, der er endret atferd hos personer med demens i omgivelsene. Det er viktig at utfordrende atferd hos personer med demens ikke må anslås som avvik, men som normale reaksjoner fra pasientens perspektiv og forutsetninger. Atferden er reaksjoner på indre og ytre stimuli, og Pasientens atferd kan oppleves som problematisk for omgivelsene. Det kan være en måte at pasienten bruke sin atferd kommuniserer med sin livssituasjon. For å forstå pasienten situasjon må sykepleiere har en empatisk tilnærming (s. 183).

Kartlegging av atferdsendring

Rokstad har utarbeidet en fremgangsmåte i utredning av utfordrende atferd og følelsesmessige endringer ved demens i flere momenter (Rokstad 2008, s. 186).

Forsøke en best mulig beskrivelse og kvantifisering av atferden eller symptomene som skaper utfordringer. Det kan brukes standardiserte kartleggingsverktøy. Oppgir i hvilken grad symptomene fører til problemer eller ubehag for pasienten, pårørende medpasienter eller personale. Finner somatiske årsaker til pasientens symptom. Vurder legemiddelbivirkninger som kan være årsak til symptomene. Forklaring atferd og skap felles forståelse:

atferdsendringene relatert til demensutviklingen, symptomene relatert til lokalisering av hjerneskadet, kan atferd knyttes til samspill med omgivelsene for eksempel vanskelige relasjoner, kommunikasjonsproblemer, uheldige miljøfaktorer eller en spesiell situasjon, atferden relatert til forsøk på mestring fra pasientens side, hvilken omfang av innsikt og oversikt har pasienten over egen situasjon, forstår pasienten atferd reaksjonsmønstre og bestemme at hvem som har ansvar for oppfølging (s. 186).

Ved kartlegging av atferd analyserer sykepleiere registreringsskjema (se vedlegg nr. 4) for atferd og innhenter data om pasientens atferd. Sykepleiere bruker en systematisk observasjon og kartleggingsskjemaer. Viktige faktorer for å ha med i slik registrering er; typer atferd, varighet av atferden, tidspunkt på døgnet for atferdsendring, i hvilke situasjoner blir oppført, og hva som finner sted like før eller i sammenheng med atferden, hvem eller hva atferden er tiltrukket. Atferds symptomer ved demens er hyppighet, intensitet og belastning av følgende symptomer løpes; vrangforestillinger, hallusinasjoner, agitasjon/aggresjon, depresjon/dysfori, angst, oppstemthet, apati, mangel på hemninger, irritabilitet, motorisk uro, nattlig atferd og endringer i spiseatferd. Det er enklere med å registrere døgnvariasjoner på en oversiktlig og enkel måte. De som skal registrere, bestemmes gjennom bruk av fargekoder i registreringsskjema for atferd (Rokstad 2008, s. 186-187).

Symptomene har flere faktorer som kan påvirke pasientens atferdsendring for eksempler som organisk hjerneskade, demenssykdom, delirium og legemidler. I tillegg kan reaksjon på egen svikt, manglende innsikt og forståelse, og nedsett egen kontroll påvirke pasientens daglige funksjoner. Samtidig med miljøfaktorer, somatisk tilstand som smerter, obstipasjon eller urinretensjon, personlighet, omsorgsgivers, og mestringsevne blir opprørt pasientens atferdsendring (Rokstad 2008, s. 188). I Aldring og helse nasjonalt senter har utarbeidet flere utredningsverktøy til å bruke for helsepersonell og sykehjemsleger. En kartlegging som kalte The Brief Agitation Rating Scale (BARS), se vedlegg nr. 3, er en kartlegger for skalaer og tester til personer med demens. Kartlegger til symptomer kan bruke for både aggressiv, ikke-aggressiv, fysisk og verbal agitasjon. Vurderingen i skalaen kan gi et bilde av frekvens og typer av pasientens agitasjon (Aldring og helse, 2021).

Innsamling av pasientens bakgrunn

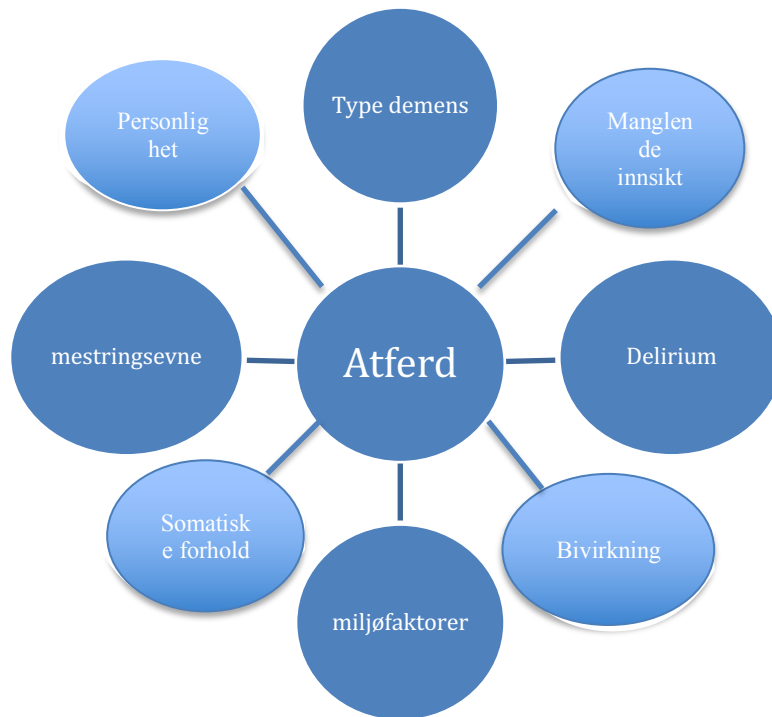
Helsepersonell skal vurdere pasientens atferdsendringer i lys av pasientens tidligere personlighet, mestringsevne, funksjonen og livshistorie. Det må se videreføring av tidligere

roller, yrkesrelatert aktivitet og med familie forhold (Rokstad, 2008, s. 189). Innsamling av bakgrunnsdata til pasientens utfordrende atferd er viktig for å iverksette tiltakene. Tiltakene skal bygge på informasjonsinnhenting og på bakgrunn av hva som ligger og påvirker for den atferden (s. 190). Atferd har sammenheng med demenssykdom som gir hjerneorganiske forandringene. Pasienten har endret og redusert impuls kontroll, og kan slå ut i sosialt frigjort atferd og språk (s. 191). Det foreligger økende irritabilitet og situasjoner der pasienten opplever å overreagere som en reaksjon. Det kan være videre økende tegn på depressiv reaksjon og apati. Denne typen atferd forekommer med repeterende gjøremål og utsagn. Det er krevende og gjør det nødvendig på opplæring og veiledning av personale om miljøbehandling. Prinsipper for miljøbehandling ved frontale hjernesker deles på fire hovedgrupper; ikke-verbal kommunikasjon, verbal kommunikasjon, handling og aktivitet, og indirekte behandling. Ved ikke-verbal kommunikasjon skal personal snakke tydelig og langsom med pasienter. Personal bruker kroppsspråk som forsterker av det verbale budskapet. Ved verbal kommunikasjon skal personal bruke begrens til korte og langsomme instruksjoner, unngå adjektiver, unødvendig informasjon og verbal stimulering, og minimaliseringsprinsippet (s. 190-191). Handling og aktivitet inneholder struktur, planlegging, korte sekvenser med aktivitet, grensesetting, unngå aktiviteter med valg, individuelle aktiviteter (ikke har store grupper), skjerming for sansestimulering, bruker av tekniske hjelpemidler ved stor rastløshet og uro for eksempel lydisolert rom. Indirekte behandling innebærer at pasienten får tilbud om mestringsorientert behandling og holdningsrettet veiledning. Pårørende får tilbud om mestringsorientert behandling, psykoterapi og bistand eller avlastning (s. 192).

Atferd som har sammenheng med depresjon hos personer med demens, gir uttrykk i frustrasjonsutbrudd og i agitert og urolig atferd, samt med spisevegring og apati. For å møte pasienten med demens og depresjon krever at sykepleiere tar hensyn til at vedkommende oppfatter seg som en med lavt selvbilde og en nedvurdering av egen verdi og egne ferdigheter. Det er viktig at pasienten får opplevelser av å lykkes. Pasienten kan oppleve det positivt ved at sykepleiere gir små skritt og god støtte. For alvorlig depresjon kan være at pasienten har vanskelig for å gi tilbakemeldinger til omgivelsene. Derfor er det viktig at helsepersonell må være til stede og vise god omsorg. Det kan være aktuelt med legemiddelbehandling eller behandling med elektroshokk ved vedvarende depresjon (Rokstad 2008, s. 197).

Atferd som skyldes psykotiske symptomer hos personer med demens kan deles på tre grupper; vrangforestillinger, hallusinasjoner og feiltolkninger. Vrangforestillinger avklarer som en usann eller uriktige forestillinger om andre mennesker og omgivelser. De vanligste vrangforestillingene hos personer med demens er: «*noen stjeler fra meg*», «*noen er ute etter meg*», «*mine pårørende svikter meg*», «*min partner er utro*». Det er vanskelig, og pasienten blir ofte forurolige. Noen ganger må sykepleieren kunne tillate seg å understreke at omgivelsene har en annen opplevelse av de virkelige forholdene. Hallusinasjoner og synshallusinasjoner er mest typen ved demens med Lewy-legemer, men kan finnes ved andre former for demens. Hallusinasjoner kan forebygges ved at pasienten trygges og stimuleres med sosial kontakt. Vanligvis har pasienter flere hallusinasjoner når de er alene enn når de er sammen med andre. Feiltolkning avklarer som persepsjonssvikt ledsaget av en assosiasjon som fremdeles til en fastholdt overbevisning. For eksempler: pasienten husker ikke sine pårørende og påstår at det er fremmede mennesker, pasienten ser sitt eget speilbilde som en annen person, pasienten ser i tv og opplever som reelle hendelser her og nå, og fremmede person oppleves pasienten som nære pårørende. For orientering og avkreftet av feiltolkninger må gjøres med sammen respekt for pasientens opplevelse som ved vrangforestillinger (Rokstad, 2008, s. 198-199).

Det er flere faktorer som påvirker pasientene. Faktorene kan gi grunnlag for å forstå den atferden der helsepersonell møter pasientene. På figur 1 viser karakterisering av faktorer som kan virke inn på atferd. Det er typen av demenssykdom og lokalisering av hjerneskaden som gir viktig informasjon når helsepersonell skal forstå pasientens atferd (s. 188,189).



Figur 1 Innfallsvinkler av pasienten atferdsendringer

Nødvendige innfallsvinkler til forståelse av atferdsendringer (Rokstad, 2008, s. 188).

2.1.3 Personsentrert omsorg

Tom Kitwood er en sosialpsykolog som har utviklet omsorgsfilosofien, kalles personsentrert omsorg – hvor det legges vekt på menneskers grunnleggende behov for trøst, identitet, tilknytning, beskjeftigelse og inklusjon (Engedal & Tveito, 2019, s. 162). Han har utviklet Dementia Care Mapping (DCM), som er et verktøy for å kartlegge demensomsorg. Han beskrev DCM som «et seriøst forsøk på å innta perspektivet til personen med demens ved å bruke en kombinasjon av empati og observasjonsferdigheter» (Brooker, 2013, s. 14).

Tom Kitwoods omsorgsteori ønsket å endre demensomsorgen fra søkelys på sykdommen til fokus på personen. Han har etablert en personsentrert demensomsorg gjennom endring av holdninger og kultur som har vært grunnleggende for menneskesynet. Han har utvidet synet på demens til en kombinasjon av personlighet, livshistorie, helse, nevropatologi og sosialpsykologi. Han mente at helse omfattet både kroppslig og psykisk helse med sansefunksjon. Personer med demens opplever sorg, engstelse, sinne, frustrasjon, frykt og dyp forvirring (Rokstad, 2008, s. 70).

Tom Kitwood definerte «personvern» som «en rang eller status som tildeles et menneske av andre, i en kontekst av relasjoner og sosialt liv. Det innebærer gjenkjenning, respekt og tillit» (Brooker 2013, s. 12). Hensikten med personsentrert omsorg for personer med demens er å bevare personverdet deres, selv om de har svekket kognitiv funksjon. Det er en viktig mening i personsentrert omsorg at alle personer med demens, har evnen til å oppleve ulike grader av trivsel og mistrivsel. I den biologiske modellen gjengir uttrykk for mistrivsel som en uventende hendelse eller et tegn på hjernepatologi. Tom Kitwood påpekte at personsentrert omsorg antar man at atferd har mening (s. 12). Han fremhevet at utfordrende atferd, fortvilelse eller apati i omsorgsmiljøer ikke støtter opp om personverdet. I omsorgsmiljøer som det støttes opp om personverdet, ser man i større grad trivsel og sosial trygghet hos personer med demens (s. 12). Personsentrert omsorg innebærer at vi må se hele mennesket, skal legge til rette for at pasienten kan bruke sine ressurser maksimalt. Videre skal legge til rette for at pasienten skal opprettholde sin selvstendighet så lenge som mulig. Den sisten skal vi respekterer pasientens identitet på ethvert tidspunkt i demensforløpet (Rokstad, 2008, s. 70).

VIPS – rammeverket

Personsentrert omsorg omfatter fire hovedelementer. Det første er verdigrunnlag som anerkjenner menneskets verdi og uavhengig av alder eller kognitiv funksjon. Det andre er individuell tilnærming som vektlegger det unike hos hvert enkelt menneske. Det tredje er personens perspektiv som har evnen til å forstå verden. Det siste er sosialt miljø som skal dekke personens psykologiske behov (Brooker, 2013, s. 88).

Verdsetting av mennesker

I følge Brooker (2013, s. 20-21) forklarte at det første elementet i personsentrert omsorg fremstiller det om å verdsette mennesker. Brooker mente at organisasjonen eller sykehjem må ha en visjon og en formålserklæring om personsentrert omsorg. Personalledelsen skal etablere systemer som sikre at personalet føler seg verdsatt av arbeidsgiveren. Ledelsen er forpliktet til å motivere å dyktiggjøre ansatte som gir direkte omsorg. Sykehjem/organisasjon skal etablere systemer som kan bidra til å utvikle personalets kompetanse innenfor personsentrert omsorg. Helsepersonell skal gi fysisk og sosialt miljø som støtter opp om og er inkluderende for personer med kognitiv svikt. Ledelsens ansvar skal etablere mekanismer som sikre kontinuerlig kvalitetsforbedring som basert på kjennskap til og ivaretagelse av pasientens behov og interesser.

Individuell omsorg

Det andre elementet i personsentrert omsorg dreier seg om å behandle personer som enkeltindivider. De alle personer med demens har en unik bakgrunn og personlighet, unike fysiske, mentale, sosiale og økonomiske. Disse faktorene om hvordan de gjenkjenner på en nevrologisk svekkelse. Tjenestetilbydere skal lage plan for hver person som knyttet til et bredt behovsspekter, og har pasientens individuelle tiltaksplaner som passer for et bredt spekter av ressurser og behov. Det skal gis individuelle omsorgsplaner og evalueres regelmessig. Helsepersonell må observere at pasienten har personlig klær og eiendeler hun kan bruke i hverdagen. Helsepersonell har evnen til å kjenne hva personer med demens liker og misliker, og hvilke preferanser og daglige rutiner vedkommende har. Det er viktig at alle ansatte blir kjent med pasientens livshistorier og sentrale historier fra perioder som ga pasienten mest lykke, og bruke denne informasjon som hjelpemiddel. Samtidig skal de ansatte tilbyr et variert aktivitetstilbud som tilpass til hver enkeltes behov (Brooker 2013, s. 34-35)

Personens perspektiv

Det tredje elementet i personsentrert omsorg handler om å forstå verden for perspektivet til personen med demens. En empatisk tilnærming kan bidra til et terapeutisk potensial for pasienten. I dette elementet krever det at helsepersonell har evne til å sette seg inn i situasjon til pasienten de har omsorg for, og tar beslutninger ut ifra pasientens ståsted. Helsepersonell skal støtte fysisk miljø daglig for å skape pasientens relasjon og trygghet (s 48). I følge Kitwood beskrev ulike tilnæringsmåter som helsepersonell kan bruke til å få empati for personer med demens. Han mente at disse tilnæringsmåter kan brukes i opplæring og utvikling av ansatte. Tilnæringsmåter omhandler det at personal lytter og leser personlige skildringer om hvordan personer med demens opplever sin sykdom. Det må være bevisst på det personer med demens sier og gjør. Helsepersonell kan bruke fantasien til å prøve å forstå hvordan demens oppleves (s. 49-50).

Sosialt miljø

I det fjerde og siste elementet i personsentrert omsorg knytter det om å etablere et støttende sosialt miljø som dekker personens psykologiske behov. Ved et sosialt støttende miljø innebærer det at personer med demens føler seg inkludert i samtalen og har fellesskap med andre. Det er viktig at helsepersonell behandler alle pasientene med respekt for eksempel å ikke snakke over hodet på pasientene eller ikke gi dem kallenavn. Pasientene skal oppleve

varme og aksept i omsorgsmiljøet. Helsepersonell skal ta pasientenes frykt på alvor og ikke overlate pasientene som er tydelig fortvilet alene i lengre perioder. Helsepersonell skal hjelpe pasientene slik at pasienten kan delta i egenomsorg og aktiviteter. Et støttende sosialt miljø er en avgjørende til å bevare personverdet for pasientene. Kitwoods omsorgsteori viser at personsentrert omsorg for personer med demens skulle gi en kontekst av mellommenneskelige relasjoner (Brooker 2013, s. 62-63).

2.1.4 Kommunikasjon i relasjon

Ifølge Wogn-Henriksen (2008, 107-108) fremhever at kommunikasjon hos personer med demens er økende i høy grad av en svekket kognisjon funksjon. Det fører til at pasientene har behov for hjelp og tapet av autonomi. Dette kommer en stor andel av denne pasientgruppen til å trenge. Ved alvorlig langtkommen fase av demens er pasienten uten av stand til å gjøre daglige gjøremål. Pasienten har nedsatt fysiske aktivitet, har inkontinens, økende tap av psykomotoriske ferdigheter og marginalt handlingsrom, og funksjonsradius. Senere går pasientens språk tapt med at stavelse gjentas eller pasienten skaper egne ord som favorittord eller snakke måte. Det ble vanskeligere å tolke hva pasienten følte. Det er preget av at pasientenes indre mentale prosesser har stoppet opp når språklig kommunikasjon er fraværende. Med pasientens fravær av klare emosjonelle uttrykk betyr ikke det at pasienten har følelser. Hilsningsfraser som knyttes til måltidet og gamle sanger, ordspråk og regler er av stor verdi i behandlingen. For eksempel spørsmål som hvordan står det til med deg, vil det gi mest gode inntrykk for alle pasientene. Wong-Henriksen påpekte i noen studier har funnet at personer med svært alvorlig demens viste etter hvert at ble berøring, nærhet og andre ikke språklige dimensjoner ved kommunikasjonen ble viktige indikatorer på pasientens velvære.

Rokstad (2008, s. 183) mente at atferdsendringer og følelsemessige reaksjoner hos pasienter med demens må innfallsvinkelen være romslig og åpen. Den utfordrende atferden må helsepersonell se på som en type for kommunikasjon uttrykk. Utfordrende atferd kan være pasientens måte å kommunisere for en liten tilfredsstillende livssituasjon på. Helsepersonell må kunne innta pasientens opplevelsesperspektiv gjennom en empatisk tilnærming, og vurdere pasientens situasjon som de befinner seg i.

Eide og Eide (2007, s. 383) beskriver at eldre mennesker er sårbare og aldringsprosessen angir kommunikasjonsevnen. Spesielt med de eldste personene med demens som har tap av

syn og hørsel. Dette krever at helsepersonell har evne til empati og vilje til å møte på pasientens egne premisser. Dette er grunnleggende for å ivareta hensynet til eldre pasienters livskvalitet, helse og verdighet. Helsepersonell må være i stand til å se det unike ved personer med demens. Dette innebærer for å kunne ivareta hensynet til respekt, verdighet og integritet.

Noen praktiske råd til kommunikasjon med eldre personer med demens er å respektere at pasienten trenger noe mer tid, være tålmodig, harmoniske og lytte aktivt. Personell skal bruke bekreftende kommunikasjonsferdigheter, vise gode holdninger for den pasienten gamle historie, ting, bilder og musikk, etc. Viktig er det at personalet bruker nonverbal kommunikasjon som berøring, gester og mimikk. I tillegg snakker med pasienter med korte og enkle setninger når det har behov. Det er bedre at personal bruker kjente ord og uttrykk, og ikke skifte tema for raskt, men føle den pasientens oppmerksomhet (Eide & Eide 2007, s. 384).

For eldre personer med demens som mangler evnen til å forholde seg til tidsaspektet både fortid, nåtid eller fremtid. Pasientens evne til å holde på informasjon i korttidshukommelsen er svært svekket. Det kan være den pasienten føler seg ensom eller fortvilet og har behov for trøst som en god tilbakemelding for eksempel å gi pasienten en god klem. Det er et utfordrende område og stille krav til sykepleierens evne til empati og kommunikasjon. Sykepleieren må etablere kontakt med pasienten og forstå hva pasienten prøver å formidle med sin adferd og sine utsagn (Eide & Eide 2007, s. 391).

Empowerment

Eide og Eide (2007, s. 19) fremhever at Empowerment er en holdning som kommer til uttrykk gjennom praktisk kommunikasjon og ved å støtte pasientenes beslutninger. Det er i bakgrunn av etiske verdier som respekt autonomi, likeverd og hensynet til pasientens beste. Dette omhandler å møte pasienten med respekt, ta pasientens perspektiv på alvor, og la pasienten beholde mest mulig sin makt og kontroll, og samtidig hjelpe pasienten i beslutningsprosesser. For å vise bekreftende ferdigheter innebærer det at sykepleier har sett og forstått pasientens opplevelser. Bekreftende kommunikasjon bygger opp pasientens trygghet og tillit, og disse kan skape en god relasjon og en god samarbeidsvilje mellom pasienten og pleiere (s. 220).

2.1.5 Lov om pasient- og brukerrettigheter kapittel 4 A

I lov om pasient- og brukerrettigheter (lov av 1999-07-02 nr. 63 om pasientrettigheter) er det kommet med nye regler som krever juridiske kjøreregler på dette området. Det ble foreslått et nytt kapittel 4 A til pasientrettighetsloven med nye regler om å bruke tvang overfor personer med demens og andre pasienter som ikke har samtykkekompetanse. Pasienter som ikke har samtykkekompetanse, men har pasientrettighetsloven regler om at andre kan samtykke på vegne av pasienten. I det nye lovregler om bruk av tvang har noen lovbestemmelser åpent for en begrenset bruk av tvang. Loven angir sentrale regler som åpner for en begrenset bruk av tvang, og blant annet ved at det stilles strenge vilkår for bruk av tvang (Johnsen & Smebye 2008, s. 209-211).

Det er en vanlig måte når loven åpner opp for bruk av tvangstiltak der det stiller krav for rettssikkerhetsmessige hensyn og strenge krav til saksbehandling og overprøving etter følgende kontroll. Det beskriver kravene til saksbehandling er strengere i situasjoner der det skal fattes vedtak, og om det i loven betegnes for helsehjelp som innebærer et alvorlig inngrep for pasienten. Ifølge Johnsen og Smebye (2008, s. 222) beskriver at det er redegjort i § 4 A-5 for hvordan dette skal skille og forstå. Loven kommer frem som følgende av at helsepersonell må ta hensyn om tiltaket inkluderer et alvorlig inngrep i kroppen som for eksempel ved å bruke reseptpliktige medikamenter og graden av pasientens motstand. Det skal alltid vurderes at dette inngrepet er alvorlig dersom pasienten er innlagt i helseinstitusjon. Helsepersonell skal vurderes om pasientens grad av motstand før slike inngrep er nødvendig. Pasienten kan vise en sterk grad av motstand der det skal saksbehandling til for å vurdere bakgrunn for avgjørelser i slike saker. Dette viser at gjennomføringstiltak påvirket de fleste pasienter til å oppleve en ekstra belastning, derfor må tvangstiltak ha strenge regler til grunn for vedtak. (s. 222-223)

Tillitsskapende tiltak

Tillitsskapende tiltak er lovens formulering i § 4A-3 første ledd. Tillitsskapende tiltak vil bruke samme som en god faglig tilnærming til pasienten som motsetter seg hjelp. Ifølge vilkår for bruk av tvang etter kapittel 4A, er kravet om at pasienten yter motstand og mangler samtykkekompetanse må være oppfylt dersom helsehjelpen skal benytte ved bruk av tvang (Johnsen & Smebye, 2008, s. 220). Det er behovet for å møte pasientene på en trygghetsskapende og tillitvekkende måte. Pasienten med alvorlig demens kan oppleves både

truende og forvirret fordi han eller hun har nedsatt forståelse i sine situasjoner. Der det blir viktig med en bevisst tillitsskapende og vennlig omgangsform. Det å vise positivt og engasjert kroppsspråk av personal før samhandling skal skje, kan føre pasienten trygghet og lykke. Noen pasienter kan kommentere ansiktsuttrykket til pleieren. Det gode ansiktet av pleieren kan utløse en opplevelse av å være i fellesskap, håp og lykke (Munch, 2008, s. 318).

Samtykkekompetanse

Det er at pasienten har redusert evne til selvbestemmelse – autonomi på grunn av sin sykdom. I pasientrettighetsloven har skillet mellom pasienter som har samtykkekompetanse, og pasienter som ikke har det. I loven § 4-3 andre ledd skrev de at samtykkekompetanse kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten har fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter (Johnsen & Smebye, 2008, s. 214).

I prinsippene om selvbestemmelse og pasientautonomi vises det tydelig i pasientrettighetsloven for pasientsikkerhet at helsepersonell skal bygge opp under pasientens muligheter til å samtykke på egne vegne. Regelen i loven viser at helsepersonellet skal vurdere ut fra pasientens alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn, og legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelp (Johnsen & Smebye, 2008, s. 214).

Vilkår for representert samtykke – etter § 4-6 andre ledd. Det må være snakk om helsehjelp som innebærer et «alvorlig inngrep for pasienten». Det er helsehjelpen må være i pasientens interesse. Helsepersonell må vurdere pasientens antatte vilje, sannsynligheten for at pasienten ville samtykket, dersom pasienten var samtykkekompetent. Det skal innhentes informasjon om pasientens vilje fra nærmeste pårørende. Helsehjelpen skal besluttes av den som er ansvarlig for helsehjelpen. Beslutningen må tas i samarbeide med annet kvalifisert helsepersonell. Det skal komme frem i journalen hva pasientens nærmeste pårørende har opplyst og hva annet kvalifisert helsepersonell har hatt av oppfatning. (Johnsen & Smebye, 2008, s. 217)

Ifølge Statsforvalteren (2021) vises det om at formålet med tvang er for helsehjelp som gitt med tvang etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A. Regelverket skal kunne yte nødvendig somatisk helsehjelp til pasienter som ikke har samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelp. For å gi yte nødvendig helsehjelp skal hindre vesentlig helseskade

og å forebygge, samt avgrense bruken av tvang. Det er åpent for at pasient eller nærmeste pårørende kan klage til Statsforvalteren på et vedtak om tvang. For vedtak som varer lenger enn tre måneder skal Statsforvalteren i alle tilfeller vurdere om det fortsatt er behov for helsehjelp. For vedtak om innlegging og tilbakehold i institusjon eller helsehjelp som varer lenger enn tre måneder, kan pasienten eller nærmeste pårørende bringes inn til retten. Det sammen kan Statsforvalterens vedtak bringes inn for retten dersom helsehjelpen gjelder innlegging og tilbakehold helsehjelp varer lenger enn tre måneder.

2.1.6 Kompetansebehov

Rokstad (2008, s. 341) legger vekt på at for å tilrettelegge opp til kompetanseutvikling i en personalgruppe oppfatter dersom det legges til rette for tilegning av faktakunnskap om demens. Personalet får mulighet til å tilegne seg praktiske ferdigheter og tilgang til å reflektere over sin samhandling med pasientene. Veiledning mellom kolleger kan være rapportmøter, personalmøter, eller mer tilrettelagte veiledningstilbud der de har felles refleksjon er et hovedfokus. Veiledningen ble gjort i enheter der pasientene hadde alvorlig grad av demens. Det ble hentet frem pasientens situasjon fra klinisk praksis der pasienten hadde problem og hendelsen ble presentert i forkant. Personal funnet ut fra to temaer for refleksjon. Den første tema kommer frem i «hva jeg føler overfor denne pasienten, hvilken relasjon har jeg til vedkommende og hvordan forholder jeg meg vanligvis til denne pasienten i pleien.» Det andre temaet fremtre i «hvordan tror jeg denne pasienten opplever seg selv, og sin situasjon, oss og vår måte å arbeide på, og hva tror jeg er et bra liv for denne pasienten» (s. 343). Drøftingen, tolkninger, diskusjoner og konklusjoner ble kom frem i refleksjonen. Årsakene til en situasjon ble lagt frem, og det ble lagt til grunn for videre oppfølging. Veiledningstilbudet ble benyttet i ett år, og evaluerte med kontrollgrupper i andre enheter som ikke hadde veiledningstilbud. Resultatet av evalueringen kom frem at signifikant positiv bedring av arbeidsmiljøet i form av bedre trivsel, bedre samarbeid, mer selvstendighet med personlig utvikling hos deltakerne (s. 343).

Rokstad (2008, s. 348) påpekte at det er behov for kontinuerlig utvikling av kompetanse i demensomsorg. Det er viktig for kompetanseutvikling innen utredning, behandling og omsorg til personer med demens og deres pårørende. Det krever at faktakunnskap må oppdateres fortløpende gjennom utvikling og bruk av kurs, systematisk internundervisning og etter- og videreutdanning. Enheter må etableres ulike former for veiledning, studiegrupper eller

refleksjonsgrupper. Systematisk kompetanseutvikling innen demensfeltet må videreutvikles og gjøres gjeldende i hele landet.

2.2 Tidligere forskninger

Duxbury et al. (2013) har forsket om personal og relative perspektiver på pasient aggresjon i demenspleieenheter i Storbritannia. Hensikten var å utforske synspunkter om årsakene til og måter å svar på pasientenes aggressive oppførsel. Studien ble benyttet i innholdsanalysen og identifiserte sentrale temaer i forhold til de brede studiemålene. Personale benyttet dybdevisjoner som tilbyr innsikt i årsakssammenheng og styringsstrategier. Det ble gjennomført undersøkelser og intervjuer i på en rekke sykepleiepersonale og slektninger i fire britiske omsorgshjem i Nordvest i England. Temaer ble aktiv gjennom kritisk diskusjon blant forskerteamet etter en grundig gjennomgang av litteraturen. Studien har funnet to hovedtemaer som er oppfattet på årsak og ledelse. Det ble identifisert på tre undertemaer; interne, eksterne og mellommenneskelige faktorer. Forskere hadde oppfatninger av aggresjon er en mellommenneskelig utfordring som var sammensatt eller formidlet av demenssykdom. Studiedeltakere mente at det var positive opplevelser på personalet ved hjelp av ikke-tvangstiltak. Funnene fra deltakerne kan balansere med andre kvalitative studier. I resultatene kom det frem at personsentrert tilnærming i praksis kan redusere pasientens aggresjon med forebyggende strategier. Videre viste studien at funnene fra personalintervjuene kan sammenlignes med andre kvalitative studier. Studien la vekt på personsentrert omsorg er en bevisstgjøringstrening for å forebygge bruken av tvang hos eldre personer med demens.

På den andre studiens Holst et al. (2017) fra Norge-Sverige har undersøkt formelle omsorgspersoners erfaringer med aggressiv atferd hos eldre som levde med demens på sykehjem. Studien benyttet den kvalitative systematiske litteraturoversikten som metode. Det ble inkludert elleve relevante studier og de ble analyserte ved hjelp av innholdsanalysen. Studien har søkt litteratur som ble publisert mellom 2000 og 2015. Innholdsanalysen ble satt søkelys på oppfatninger av aggressiv atferd, voldt i sykehjem, håndtering av agitasjon, atferdsforstyrrelser, forklaringer på beboernes aggresjon og mestringsstrategier for håndtering av aggresjon. Studien tyder på at å ha muligheten til å identifisere årsakene, og muligens hjelpe omsorgspersoner med å registrere pasientens aggressive oppførsel. Funnene viste at aggressiv oppførsel kan påvirke kvaliteten på omsorg. Resultatene etter systematisk

gjennomgangen indikerer at omsorgspersoner utnevner personsentrert strategier for å håndtere aggressiv oppførsel hos eldre mennesker, mens for å bruke legemidler og tvangsstrategier er en siste uvei.

Videre med denne studien til Nybakken et al. (2018) som har undersøkt hvordan formelle omsorgspersonale oppfattet og tolket verbal, og fysisk aggressiv atferd hos beboere som lever med demens. Denne studien ble brukt Meta-etnografi av kvalitative studier som bidro til å utvikle sykepleievitenskap og evidensbasert omsorg. Det ble gjennomført systematiske litteratursøk i tre databaser (CINAHL, PubMed og Scopus) som var relevant for sykepleieforskninger og forskere. Denne studien ble gjennomført og publisert i 2016. Funnene kom frem til at omsorg til beboerne som lever med aggressiv atferd, avhenger av en kompleks kunnskap om hver enkelt pasient. Resultatene viste at det var et behov for en individuell tilnærming til beboernes unike behov. Omsorgspersonene hadde ulike oppfatninger og tolkninger av aggressiv atferd hos beboere med demens. Denne studien la vekt på personsentrert omsorgsteori av Tom Kitwood. Han fremhever at sykdommen kan gi uttrykk som et resultat av nevrologisk skade, personlighet, biografi, helse og sosialpsykologi. Disse kommer frem på psykososiale faktorer. Studien viser at selv om psykososiale forståelser som har gitt åpenbar forbedring innom demensomsorg, men det må utvikles modeller der de biologiske faktorene innlemmes. Dette er for å få mer kunnskap om degenerative endringer for alvorlig demens. Det kan fokusere mer om symptomene for å utelukke på psykososiale forhold som det kan føre til overestimering som gir muligheten for at pasientens atferd kan endres med god vilje. Derfor er det av største betydning å avdekke ulik forståelse av aggressiv atferd og på virkning av sykepleien som kan hjelpe oss med å utvikle bedre sykepleie.

For den andre studien til Yous et al. (2019) utforsket sykepleiernes oppfatninger om omsorg for eldre voksne med demens som opplevde utfordrende adferd i akutte medisinske behandlinger. Studiens hensikt var å finne strategier for å forbedre demensomsorgen. Forskere benyttet Thornes fortolkende beskrivelsesmetode. Studien ble gjennomført i Canada ved hjelp av halvstrukturerte intervjuer av helsepersonell fra akuttmedisinske miljøer på et urbant sykehus i Ontario. Rundt 56 000 personer med demens ble innlagt på kanadiske sykehus i 2016, og ca. 75 % av dem ble utsatt for utfordrende atferd. Det ble gjennomført intervjuer med 10 sykepleiere og 5 allierte helsepersonell fra akuttmedisinske avdelingen. Studien benyttet Braun og Clarke tematiske analyse. Utfordrende atferd er handlinger og

uttrykk som vandrende, skrikende, slående og rastløshet. Funnene forekommet i fire temaer; 1) å levere omsorg er en kompleks opplevelse 2) bruk av farmakologiske strategier og lavinvesteringer ikke-farmakologiske strategier for å støtte eldre personer med utfordrende atferd 3) akutte medisinske omgivelser i konflikt med prinsipper for demensomsorg på grunn av søkelys på akutte omsorgsprioriteringer og begrenset tid og 4) sterkt tverrprofesjonelt samarbeid og god kontinuitet i omsorg var tilretteleggende for omsorgen. Resultatene viste at veiledning forbedre støtte til sykepleieres omsorg for eldre personer som opplever utfordrende atferd i akutte medisinske behandlinger, og i tillegg øker bemanningen og god kommunikasjon kan ha mye betydning.

I studien til Holle et al. (2020) fra Tyskland har utforsket hvordan sykepleiere håndterte utfordrende atferd i sykehjem med demens. Studien var en del av en større prosessevaluering ved hjelp av et kvalitativ design. Det var 34 semi-strukturerte telefonintervjuer og 15 fokusgruppeintervjuer ble gjennomført på fire sykehjem. Studien benyttet deduktiv innholdsanalyse. WELCOME-Ida var tilpasset på vurdering av beboernes atferd og valg av relevant domene for atferdsanalysen som den ble gjennomført i forkant av sakskonferansen. Samtidig ble evalueringen av intervensjonene organisert annerledes. Det ble gjort i gruppestørrelsen på 5-8 deltakere per sakskonferanse som ble delvis vedtatt. Det var noen sykehjem som forfulgte målet om å involvere så mange ansatte som mulig, men ett sykehjem hadde problemer for å få ansatte involvert. Funnene viste fire hovedtemaer: 1) respons på rollestruktur 2) respons på gruppestørrelse 3) respons på kjernesykepleierteam og 4) respons på prosess-struktur. Resultatene støttet viktig informasjon om valg av hvordan kunnskap om den strukturert opplæringen ble brukt, og gjennomførte hele behandlingen.

På denne studien til Sefcik et al. (2020) har utforsket sammenhengen rundt vedvarende vokaliseringer hos eldre personer med langtkommen demens. Studien er beskrevet at demens er et globalt folkehelseproblem med 47 millioner mennesker som har diagnostisert i 2015. Dette kan forventes å øke til 75 millioner i 2030. Det var nesten halvparten av de 1.3 millioner menneskene som bor på amerikanske sykehjem, har fått diagnosen som Alzheimers sykdom eller andre demens. Det var atferdsmessige og psykologiske symptomer på demens som vedvarende vokaliseringer, var det årsaken for utfordrende aspektene ved å gi omsorg. Studien ble gjennomført i sykehjem i Pennsylvania, United States. Studien viste at vedvarende vokaliseringer ble ofte forekommet av personer med demens som har utviklet seg agitasjon eller aggresjon. Vedvarende vokaliseringer er vokallyder eller upassende for å bruke

ord som pasienten blir repeterende. Pasienter som har vedvarende vokaliseringer, blir oppfattet som karakteriseres som agitasjon eller aggresjon. Forskere fremviste at det hadde vært lite søkelys på vedvarende vokaliseringer av andre atferdsmessige og psykologiske symptomer på demens. Det hadde vært vanskelig å utpeke informasjon om denne typen hos personer med demens. Derfor har studien målet med å beskrive sammenhengen rundt vedvarende vokaliseringer uttrykt av eldre voksne som bosatt på sykehjem med langtkommen demens. Funnene viste i to temaer: rutinen med å bo på rommet ble identifisert for deltakere som anse for «forstyrrende» til andre, og andre tema er å gi omsorg uten kommunikasjon medførte vedvarende vokaliseringer. Resultatene viste at det var mangelen på terapeutiske interaksjoner mellom omsorgspersonale og personer med langtkommen demens med vedvarende vokalisasjoner. Studien har kommet frem til at obligatorisk og bevisbasert opplæring på personsentrert tilnærming og demenspleie kommunikasjon for alle ansatte, har en betydelig innvirkning som kunne gi helhetlig kvalitetspleie for personer med demens med vedvarende vokalisasjoner.

Med andre ord for studien til Kang et al. (2021) fremviste at US veteraner med posttraumatisk stresslidelse og demens hadde en tendens til å motsette seg hjelp, mer enn veteraner som hadde kun demenssykdom. Studien inviterte 66 veteraner i denne forskningen og det var hovedsakelig hvite mannlige veteraner i alderen 70 år eller eldre. Deltakerne hadde både kognitiv svikt og moderat til alvorlig funksjonsnedsettelse. Studien benyttet blandet metoden, kvalitative kategorier ble konvertert til kvantitative variabler for to gruppesammenligninger. Funnene har knyttet sammen spesifikke typer for årsakene til atferds symptomer. Videre viser studien i funn at agitasjon er et heterogent symptom med tydelige klynger av utløserer: ikke-aggressiv agitasjon oppstår, men når er pasienter ensomme og alene. Samtidig er det agitasjon knyttet til avvisning av omsorg innebærer mellommenneskelige utvekslinger som det kan endres seg. Alle deltakerne hadde tydelig kognitiv svikt og moderat til alvorlig funksjonsnedsettelse som var indikert av et gjennomsnittlig BOMC-skår på 20,8 (standardavvik = 8,0) og en gjennomsnittlig FAST-skår på 5,8 ved baseline. Denne studien har presentert ny innsikt i heterogeniteten til Behavioural symptoms of dementia (BSD) for å gi grunnlaget for implementering av personsentrert omsorg. Det var fire monstre som dukket opp og knyttet sammen med spesifikke typer utløserer for atferds symptomer: 1) udekkede fysiske behov 2) uoppfordret direkte omsorg, tilnærming, motstand eller stridighet 3) mellommenneskelige interaksjoner som forstyrrer selv aggressiv atferd og 4) ukontrollert

stimulering fra miljøer. Samtidig viser studien at posttraumatisk stresslidelse og demens hadde en tendens til å utvise omsorg med aggresjon sammenlignet med de med demens alene.

For med studien til Piirainen et al. (2021) undersøkte hva slags spesifikk kompetanse kan støtte og ta vare på personer med demens. Studien viser at de tidligere hadde lite informasjon om kompetanse til sykepleierne i demensomsorgen. Studiens hensikt var å bestemme utbredelsen kompetanse til sykepleierne i utfordrende situasjoner på sykehjem. Det ble samlet inn data ved hjelp av blandede metoder i en tverrsnittsundersøkelse av sykepleiere i to sykehjem i Finland i 2018. Funnene viste at 98 % av sykepleieres rapporter av at utfordrende atferd dukket opp daglig eller ukentlig. Det viste i rapporten at formene for utfordrende atferd var i samsvar med vandring, rastløshet, gjentatte henvendelser og forespørsler og motstand mot behandling. Resultatene kom i fem sentrale kompetanser mål som ble identifisert fra studien: praktisk kunnskap, teoretisk kunnskap, terapeutisk bruk av selv, sosial kompetanse og selvledelse. Studien inkluderte signifikante sammenhenger mellom ledelse og effekten av utfordrende atferd av mestring på arbeidsplassen. Disse resultatene er svært viktig for at sykepleiere som gir omsorg for personer med demens. For at ansatte kan identifisere og modifisere personlige, mellommenneskelige eller miljømessige og konsekvenser av atferd, er en viktig tekstdata om atferds vurdering og en omsorgsplan. Dette er en del av evalueringsdatasettet.

Del II – Metode

I del 2 er metode delen. Delen inneholder metodebeskrivelse, begrunnelse for valg av metode, litteraturstudie med systematisk tilnærming, seleksjonskriterier, søkeord, søkeprosessen, utvelgelse av artiklene med PRIMA flow diagram, datasamling, kritisk vurdering av litteratur, tematisk analyse, reliabilitet, validitet, forforståelse og forskningsetiske overveielser.

3 Metode

3.1 Metodebeskrivelse

Kvalitative metoder fremstiller en felles strategi for kunnskapsutvikling, forankret i det fortolkende paradigmet med tilknytning fra hermeneutisk filosofi, fenomenologisk filosofi og sosialkonstruksjonisten. Systematisk fortolkning av empiriske tekstdata alltid med underbygning av teoretiske perspektiver. Det er en fellesnevner for de forskjellige kvalitative forskningsmetodene. Dette fremkaller en metodologi som har noen forskjeller seg inniblant, men de har mange fellestrekk (Malterud, 2017, s. 35-36). For å utforske av menneskers erfaringer, opplevelser, verdier og samhandlinger kan det komme på vei med biomedisinsk eller epidemiologisk forskningsmetode og statistisk bearbeiding av numeriske data innsamlet under standardiserte arbeidet (s. 30). Kvalitativ metoden passer godt for å forstå mer om menneskelige egenskapers erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger (s. 31). Denne studien har jeg valgt å anvende kvalitativ metoden der jeg vil vite mer om sykepleieres opplevelser og erfaringer gjennom litteraturstudien.

3.2 Begrunnelse for valg av metode

I min oppgave har jeg valg kvalitativ metoden for å besvare min problemstilling. For å finne mer utdypede i ny kunnskap valgte jeg å benytte litteraturstudien som design. Formålet i arbeidet med valgt problemstilling er å få oversikt over og fordype min kunnskap og interesse i temaet, samt funnene som kan besvare problemstillingen, og det kan danne et sammenfattet bilde av teori og empiri som allerede er forsket og skrevet om på feltet.

Malterud (2017, s. 28) skriver om filosofiske røtter at den hermeneutiske er fortolkninger av meninger og det omhandler de formene for mening og oppmerksomhet av mennesket. Den

hermeneutiske vitenskapsfilosofisk er en erkjennelsestradisjon om tolkning av meninger i menneskelige uttrykk. For å tolke teksten legger den hermeneutikken spesielt vekt på forholdet mellom deler og helhet av en kontekst og selvrefleksjon. Det har betydelig at tekster fra de greske filosofene Aristoteles og Platon har dannet grunnlaget for fortolkningen, og det ble senere fremført til systematisk lesning av bibeltekster. Hensikten er at leseren av oppgaven skal være i stand til å forstå meninger i menneskelige uttrykk med gjennom å lese tekstene.

3.3 Litteraturstudie med systematisk tilnærming

Denne studien har jeg valgt å opparbeide litteraturstudie med systematisk tilnærming som metode der jeg har tatt utgangspunkt i Aveyard (2019, s. 164) sin fremgangsmåte. Jeg har fulgt IMRAD-modell som har en fast rekkefølge i følgende av introduksjon, metode, resultat og diskusjon, og modellen ble benyttet i akademisk skriving i forskning som har gjort i over 60 år. Gjennom en litteraturstudie har forskeren muligheten til å ta i bruk små biter av informasjon på et tema og sette de sammen for å ha den bredere konteksten av annen forskning. Litteraturstudiens prosess er en forskningsmetode som inkluderer problemstilling, design, presenterer av funnene og diskusjon av funn. Den systematiske litteraturstudien er designet for å ha begrenset fokus og legger resultatene av forskere (Aveyard, 2019, s. 16, 17). Dette vil være for å utbreie kunnskapen rundt temaet for å kunne gjennomføre masteroppgave min. Og Resultatene fra de tilgjengelige studiene vil settes sammen og danne et bilde av sykepleierens opplevelser der sykepleiere ville prøve å unngå bruken tvang hos eldre personer med demens. Det er sammen tankegang av Malterud (2017, s. 176) at systematisk oversikter inneholder identifikasjon og sammenfatning av forskningslitteraturen innenfor et felt og den kan inkludere en kritisk vurdering og reanalyse av primærstudiene. Systematisk oversikter kan definere til kunnskapsoppsummering for vitenskapelig metode innen evidensbasert medisin, systematisk oversikter kalt engelsk: Systematic Review – SR. Den metoden har internasjonale Cochrane Library samarbeidet og utviklet prinsipper for systematisk og transparent innhenting, kvalitetsvurdering og oppsummering. Metodikk er standardisert vurdering av kvaliteten på dokumentasjonen i de systematiske oversiktene, den styrken er anbefalinger i retningslinjer som er basert på den sammenfattende kunnskapen (s. 174). Systematiske oversikter (SR) er en gullstandard der metoden kan besvare spørsmålet om hvordan en intervensjon er virket. Metoden ble gradvis benyttet til å forske av primærstudier

om diagnostiske tester, forebygging og psykososiale tiltak og helsetjenester, og på studier om behandling og vaksiner (s. 175).

3.3.1 Beskrivelse av søkestrategi

Jeg valgte å bruke systematisk oversikt der inngår i to trinn, planlegging søkestrategi og iverksette den strategien (Aveyard, 2019, s. 73). Søkestrategi identifiserer databaser som er relevant for studiene (s. 75). Databaser som ble brukt i søk var Cochrane Library, Cinahl, PubMed og MEDLINE og Oria. Disse inneholder vitenskapelige tidsskriftsartikler som fremstiller helse og omsorg (s. 80). Cochrane Library inneholder systematiske oversikt av evidens for helse, Cinahl inneholder sykepleier forskning fra Nord Amerika og Europa, Pubmed inneholder medisinske databaser, MEDLINE inneholder helsefag og biomedisinske forskning (s. 81), Oria inneholder en felles portal som samlede materialet av flere norske fag- og forskningsbibliotek (UNIT, 2021). Alle de nevnte databaser består av enkeltstudier publisert i vitenskapelige og medisinske tidsskrifter.

3.3.2 Seleksjonskriterier

Ifølge Aveyard (2019, s. 75) skriver at Inklusjons- og eksklusjonskriterier bidra til et grundig og er relevant for litteratursøk. Med detaljerte inklusjons- og eksklusjonskriterier gir søkestrategien for å kunne finne relevante studier som er solid og knyttet opp mot min problemstilling. I tillegg er de mer detaljert og betydelig enn kun bare forskningsspørsmål (s. 77). Jeg har begrenset mitt litteratursøk i perioden 10 år mellom 2011 – 2021. Studiene må være publisert i et fagfelleurdert tidsskrift, og kun kvalitative studier. Søkene strekker seg over studier som er skrevet både norsk og engelske. Hovedformålet med studiene omhandler eldre personer med demens med utfordrende atferd i sykehjem. Det er fokus på studiene som er relevant og har resultater om og forebygging bruken av tvang i sykehjem som ligger til grunn for forskninger som er gjort. Kvalitative studier har som formål å få en forståelse av erfaringene og opplevelsene til mennesker. Det er inneholder vanligvis både individuelle og fokusgruppe intervjuer (s. 63). Litteraturstudien søker svar fra datasamling der jeg leter i kvalitative studier. Jeg har laget en tabell av inklusjons- og eksklusjonskriteria for å identifisere bedre i inklusjons- og eksklusjonskriterier, presentert i tabell 1.

Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonskriteria

Inklusjon kriterier	Eksklusjonskriteria
<ul style="list-style-type: none"> - Kvalitative studier - Eldre med demens bor i sykehjem - Alder over 65 år, kvinne og mann - Sykepleiere- og omsorgshelsepersonellperspektiv - Fagsfellesvurdert - Utgitt innen 10 siste år - Norsk, engelsk eller svensk - Geografisk avgrensning inkluderte Skandinavia, USA, Europa, og Asia 	<ul style="list-style-type: none"> - Kvantitative studier - Spesifikke demenssykdommer - Yngst pasienter med demens under 65 år - Pårørendeperspektiv - Eldre med demens som bor hjemme og sykehus - Eldre enn 10 år - Ikke fagfellevurdert

Søkeord

I forkant av litteratursøk utformet jeg en søkestrategi basert på et PICOT – skjema (Tabell 2). PICOT-skjemaet vil lede for å samle aktuelle søkeord og når forskningsspørsmålet er formet seg. PICOT-skjemaet inneholder population, intervention eller issue, comparison eller context, outcome og time eller type of study (Aveyard, 2019, s. 33). Denne tabellen har jeg utarbeidet med for å skape forskningsspørsmålet. PICOT-skjemaet ble brukt videre som et hjelpemiddel til å kombinere søkeord og strukturere prosessen slik det kommer frem av Aveyard (2019, s. 33). I søkeresultatene og søkeordene er først beskrevet ved hjelp av PICOT skjemaet, tabell 2 og for å gjøre det enda mer forståelig.

På søkene i databasene viser tydelig i vedlegg nr. 1, søkehistorisk. Jeg presenter kort om historiskes søkeord:

COCHARNE LIBRALY: dementia, nurse, nursing home, qualitative study, challenging behaviour, experience, forced, older adults, qualitative research method.

PUBMED: coercion, dementia, experience, nurse, avoid, forced, behaviors, qualitative study, qualitative research method, nursing home, experience, behaviour,

CINAHL: forced, agitation, aggression, dementia, nurse, patients, older, patients, challenging behavior, qualitative methods.

MEDLINE: dementia, nurse, experience, nursing home, qualitative methods.

ORIA: langtkommen demens, utfordrende atferd, sykehjem, depressive, forebygge, unngå, demens, kvalitative metode.

Tabell 2 PICOT - skjema

	Norske søkeord	Engelske tekstord	Emneord
Population	Sykepleier	Nurse	Nurse experience,
Intervention/ Issue	Eldre demens Tvangstiltak sykehjem utfordrende atferd	Older Dementia Forced Behaviors, Challenging Coercion Nursing home	Older patients with dementia, Dementia with performing behaviors, avoid forced. Challenging behaviours
Comparison/ Context			
Outcome	Forebygge Unngå Opplevelse Erfaring Livskvalitet	Prevent Avoid Experiences Quality of life	Avoid forced Coercive measures Quality of life with dementia
Type of study	Kvalitative studier	qualitative study qualitative methods	Qualitative research methods

3.3.3 Søkeprosessen

I tråd med Aveyard (2019, s. 73) fremstiller om komponenter i systematisk søk som jeg har benyttet i studien to steg: 1) planlegge strategiene og 2) implementere denne strategien. I søkeprosessen har jeg brukt fem troverdige søkedatabaser, og disse databasene bidrar til å søke etter de studiene som ligger fagforskningsartikler. I det første steget av søkeprosessen har jeg lest gjennom tittel, sammendrag og nøkkelordene i de forskjellige studiene som kom opp. Dette var for å se at mine søkeord stemte overens med de nøkkelordene som ble brukt. I det neste steget var det for å se etter andre begrep som ble nevnt hyppig og jeg vurderte om det kunne tas med videre. Samtidig har jeg lest gjennom studiene i sammendrag, metodens del og resultatene. Databasene som jeg brukte var i alle fem databasene; Cochrane Library, PubMed, CINAHL, MEDLINE og Oria. Elektroniske databaser er store felles portaler for tidsskriftsartikler og annen litteratur i forbindelse med spesifikke emner. Cochrane Library er en internasjonal samling av flere databaser og inneholder forskjellige typer litteraturstudier av høy kvalitet. PubMed og MEDLINE er en av verdens velkjent medisinske databaser og den inngår av Nasjonal Center for Biotechnology Information (NCBI) av National Library of Medicine i USA. CINAHL er den mest anbefalt databasen innen helsefag, og er vanlig for forskere som ser etter kvalitative forskning. Søkeprosessen ble foretatt i september 2021 til februar 2022 med ulike kombinasjoner av søkeord, for å planlegge hvilke emneord ville være aktuelt for å besvare mitt forskningsspørsmål.

Det var endelige at søket ble gjennomført i slutten av februar 2022. Jeg har søket mest PubMed og CINAHL der jeg ønsket å ha internasjonale litteraturstudier i fra forskjellige land. Jeg har søkt i Oria databasen da jeg ønsket å lete etter norsk litteraturstudier. I denne databasen fant jeg med både Sykepleie forskning og i Tidskiftet for Den norske legeforening. I Cochrane Library databasen valgte jeg å søke først, men det var vanskelig å finne litteraturstudier som passet til mitt forskningsspørsmål. Det var mange artikler som traff, men de har brukt mye kvantitative metoder som for eksempel med den randomisert studien eller case-kontroll studien. Jeg har lest litt i de artiklene som ekskluderte dette og det var noen resultater som var interessant, men jeg må holde meg til å fokusere på min metode og problemstilling. Da jeg leter etter kvalitative studier som inneholder sykepleiernes opplevelser og erfaringer med tvangsbruk hos eldre personer med demens på sykehjem. I begynnelsen av søkeprosessen traff jeg mange studier som inneholdt kvantitative studier og randomisert kontrollstudier i Cocharne Library databasen. Underveis i søkeprosessen brukte jeg

emneordsystemet Medical Subject Headings (MeSH) for å fange opp relevant artikler på et område (Aveyard, 2019, s. 84). Det sammen med brukte jeg advanced search for å kunne kombinere de ulike søkeordene med AND/OR (s. 85). Jeg brukte flere ulike engelske ord for avvenning fra agitasjon. Ordene det ble søkt med var «challenging behaviour OR dementia patients OR coercive measures». Det ble søkt med OR mellom hvert ord for å treffe flest mulige artikler. Det ble kombinert søkeordene med «nurse OR nurses OR nursing», videre har jeg begrenset søkeordene til tittel og abstrakt siden jeg ønsket å fokusere på sykepleien og sykepleieren. Deretter kombinerte jeg søket med «prevent OR experience OR forced» for å finne frem hvordan å forebygge tvangsbruk av sykepleieren. På bakgrunn av at jeg ønsket å inkludere studier som omhandler eldre personer med demens ble søkeordet «older» lagt til. Det ble søkt med ord OR innen hver kategori og AND mellom de fire kategoriene i PICOT skjemaet. Jeg har ikke søkt i kategorien «Comperison» der jeg fant ingen sammenhengende med mitt forskningsspørsmål.

Utvelgelse av artiklene

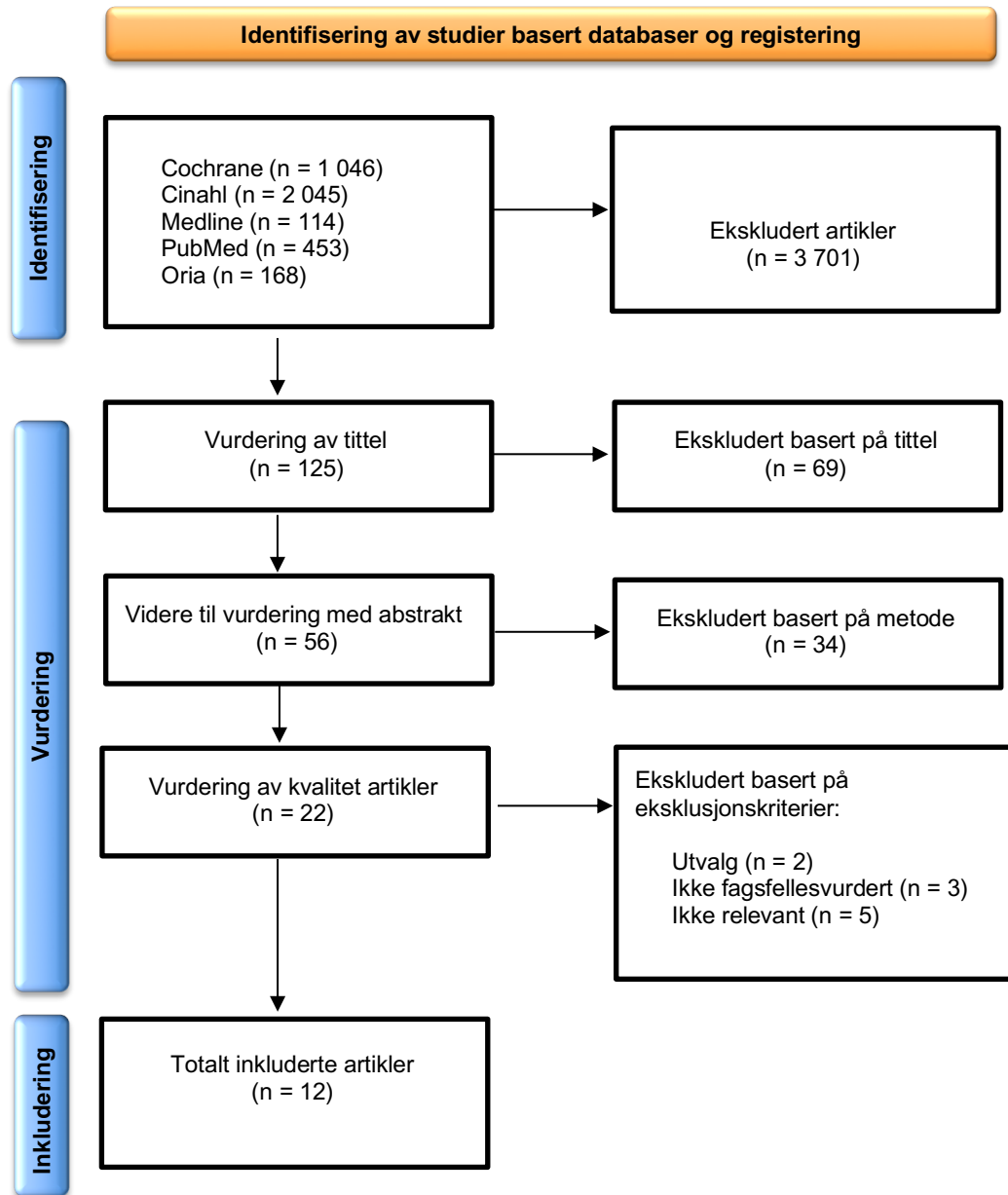
Etter å ha søkt de aktuelle databasene var resultatet 125 artikler som jeg har kun lest titlene og der hvor de er publisert. I tillegg ble det forsøkt å finne sekundærkilder via tittelartikler uten relevante treff. Da hadde jeg gått gjennom flere titler og det ble 69 artikler av 125 som ble ekskludert. Av de 56 gjenværende artiklene var 34 av disse ekskludert basert på kvalitative metode. Det ble vurdert av kvalitets vurdering på 22 av artiklene og 10 av disse studiene opp fylte ikke inklusjonskriteriene, og av disse ble 10 artikler dermed ekskludert i min studie. Antall inkluderte artikler var tolv etter kvalitets vurdering av sjekklister. Det ble ikke gjort mere utvidet søk på grunn av at jeg har funnet de tolv artiklene som passet til min oppgave. Totalt inkluderte det tolv artikler. Seleksjonen ble vist i PRISMA 2020 Flow diagram. I PRISMA Flow diagramet har jeg byttet flere modeller som passet til min oppgave.

Fellestrekk og ulikheter ved utvalgte artikler

Med utvalgte av artiklene har alle fellestrekk at de er fagfellevurderte og seks av artiklene har blitt gjennomført i Norge. Seks av de andre artiklene har blitt gjennomført i utlandet: Nederland, Japan, Australia og Sør-Korea. Studiene har rettet fokus på å forebygge og unngå bruken av tvang hos eldre personer med demens med utfordrende atferd. Det har blitt brukt kvalitative metoder og litteraturgjennomganger i de utvalgte artiklene for å kunne gi svar på problemstillingen med en bred teoretisk og empirisk tyngde. Det er to artikler som omhandler omsorgsarbeidere og ufaglærte, men disse to kan jeg vurdere at det virker på min

problemstilling der jeg opptatt av menneskets opplevelser. Disse to artiklene beskriver utvalget og uklarhetene, men resultatene er interesse for meg og disse to kan samtidig belyse min oppgave.

Figur 2 PRISMA 2020 FLOW DIAGRAM



3.3.4 Datasamling

I arbeidet med den systematiske litteraturstudien framførte jeg en datasamling som skulle danne grunnlag for studien. Formål med datasamlingen var å finne relevante studier som kunne svare til min problemstilling. Det er i tråd med Aveyard (2019, s. 131) at de relevante artikler har sammenheng med kritisk vurdering av systematisk oversikt. For å ha kvaliteten på hver enkelt studie skal forskeren vurdere ved å se på styrke og svakheter ved artikkelen. Jeg har brukt Helsebibliotekets sjekklister for kvalitative studier med svare «ja», «nei» eller «uklart» (Helsebiblioteket, 2021). I artiklene har jeg fokusert mest til sykepleiere og omsorgshelsepersonell for å fange opp svarene til min problemstilling. I studien var det inkludert tolv artikler, men det var to artikler som ble besvart som «uklart». Dette har sammenheng med utvalgsstrategien som ikke var tydelig nok beskrevet om deltagerne. Likevel har disse to artiklene blitt inkludert i min studie for at funnene kan belyse min oppgave. I en systematisk litteraturstudie er det viktig å gjøre seg godt kjent med de inkluderte artiklene som bruk av kvalitativ forskning, da forskningsmetoden baserer seg på sykepleierens opplevelser og erfaring.

Kritisk vurdering av litteratur

Aveyard (2019, s. 102) beskriver at kvaliteten på hver enkelt artikkel skal vurderes på styrke og svakheter, og at det er ingen perfekt studie. På bakgrunn av dette har jeg brukt helsebibliotekets sjekklister for kvalitative studier. Kvalitative forskning kan være vanskelig å vurdere på grunn av undersøkende og fortolkende tilnæringer. Jeg har laget tabellen for sjekklister av kritisk vurdering til de inkluderte artiklene. Det var noen artikler som var uklare da jeg sjekket i sjekklisten som har spørsmål om utvalget av denne studien. De studiene som er inkludert var relevante funn mot min problemstilling. Det er viktig at jeg ser studiens styrke og begrensninger. Alle artiklene som ble inkludert i studien har først blitt vurdert av forfatterne hver for seg, og for å sikre kvaliteten av artiklene. Den kritiske vurderingen av systematisk oversikt ble utført med sjekklister for oversiktsartikler (Helsebiblioteket, 2021). Artiklene som er inkludert i systematiske oversikt har blitt vurdert til å være av god metodisk kvalitet da en kunne svare ja på de fleste punktene. Og de spørsmålene i sjekklisten brukte jeg for å kontrollere og det gir innblikk i hvilke artikler er relevant for min problemstilling (se tabell 3, kvalitets vurdering av artiklene).

Tabell 3 Kvalitets vurdering av artiklene

For hvert av underspørsmålene skal man svare for «ja», «nei» eller «uklart»:

Spørsmål fra sjekkliste	Garden et al., 2012	Gjerberg et al., 2013	Pedersen et al., 2013	Thorvik et al., 2014	Park et al., 2018	Nakrem et al., 2019	Choi et al., 2019	Hirakawa et al., 2019	Simonsen et al., 2020	Watson et al., 2021	Kong et al., 2021	van Corven et al., 2021
1. Er formål med studien klart formulert?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	uklart	Ja	uklart
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha fortolkningen av data?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
7. Er etiske forhold vurdert?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

forståelig, tydelig og rimelig?												
9.Basert på svarene dine på punkt 1-8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til stole på ?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
10.Er funnene klart presentert?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
11.Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

3.3.5 Tematisk analyse

Jeg har valgt å ta et utgangspunkt i Braun og Clarke (2006) tematiske analyse i min studie. Brauns og Clarkes tematiske analyse teori inneholder og identifiserer, analyserer og rapporterer monstre i data som har felles tema i utvalgt litteratur, og det kan tolkes som ulike aspekter i forskningstemaet. Den tematiske analysen er en nyttig og teoretisk fleksibel tilnærming til å analysere for kvalitative data. Tematisk analyse kan definere som en grunnleggende metode for kvalitativ analyse. Forskere kan lære kvalitativ metode for analyse og få kjernen om ferdigheter av resultater som vil være nyttig for mange andre former av kvalitativ analyse, noe Braun og Clarke beskriver:

“Given the advantages of the flexibility of thematic analysis, it is important that we are clear that we are not trying to limit this flexibility. However, an absence of clear and concise guidelines around thematic analysis means that the anything goes critique of qualitative research” (Braun & Clarke, 2006)

I tråd med Braun og Clarke (2006) beskriver at tematisk analyse har en tendens til å være drevet av forskerens analytiske interesse for tema på området. Det er vanlig at tematisk analyse er fokusert på primært litteraturstudier. Samtidig er tematisk analysen bundet ikke til et bestemt teoretisk rammeverk. For dette kan forskeren analysere handling, erfaringer, meningsproduksjon, diskusjon eller narrativ, og alt innen metodologisk og epistemologisk rammeverk som ligger til grunn. Dette gjør det at den tematiske analysen kommer frem som et godt verktøy i kvalitativ metode, og den kan gi detaljerte og rike resultater. Men med derimot har den tematisk analyse mangler på klare og bestemte retningslinjer for hvordan arbeidet skal gjennomføres. Min studie er basert på hermeneutisk tilnærming, der jeg søker etter kunnskap om forebygging bruken av tvang hos eldre personer med demens med utfordrende atferd. Det er stadig at analyseprosessen starter når forskeren begynner å legge merke til og se etter meningsmonstre og spørsmål som binder interesse for dataene. Braun og Clarke (2006) påpeker at forskeren må avgjøre hvilken analyse som skal gjennomføres. I en tematisk analyse innebærer at tema identifiserer, kode og analysene må kunne direkte gjenspeile alt innhold i datamaterialet. I fremgangsmåten har jeg identifisert felles temaer som viser seg gjeldende flere steder i den utvalgte litteraturen. Videre i analysestrategien har disse temaene handlet om å danne en forståelse av et fenomen ut fra empiriske analyser. Det har vært en tidkrevende hvor jeg har sett nytten av å stoppe opp å tenke igjennom over helheten i

det jeg har lest og analysert flere ganger. I disse stoppunktene har det samtidig vært nødvendig å stille spørsmål om det er den aktuelle litteraturen som gir et meningsinnhold på en forsvarlig god måte.

Analysere beskrivelser

Jeg har gjennomført en seks trinns tematisk analyse av Braun og Clarke (2006). Det ble samlet og analysert ved hjelp av en systematisk helhetsoversikt av datamaterialet. 12 av de 56 artiklene valgte jeg som datamateriale. Det har jeg gjort og oversatt fra engelsk til norsk og noen ganger til mitt morsmålsspråk for å få en dypere mening. I det første trinnet begynte jeg med å bli kjent med datamaterialet, hvor jeg konsentrerte meg om utvalget og leste grundig samt skrev jeg ned notater. Deler av teksten som virket interessant ble markert med farge. Det ble notert på både papir- og pc. Ord, setninger og avsnitt ble markert med fet skrift og ulike farger, kopiert og limt inn i et arbeidsdokument i min pc. Jeg tok det til slutt av første trinn med noen korte notater og sortert artiklene mellom lokal – land og temaene. I det andre trinnet ble kom jeg frem til den første koden «*kompetanse*», hvor jeg samlet alt av innhold som viste til svikt eller mangler i kompetanse hos helsepersonell. På sammen måte laget jeg en kode som gikk ut på «*omsorg*» og den andre koden «*kommunikasjon*». Den siste koden som jeg laget og kom frem til er «*opplæring*». Disse kodene ble etter hvert knyttet til analyse delen, hvor det viser seg at alle de fire kodene var viktig i analysen over forebygging av tvang i sykehjem. I det tredje trinnet ble det benyttet de kodene med min liste over ideer og tanker på hvilket tema jeg har sett i datamaterialet. I dette trinnet har jeg utviklet et sett av fire hoved kandidattemaer og fokusert dypere innenfor disse temaene. Temaene som første jeg bearbeidet har sammenheng med kodene som beskrevet. Dette var tidkrevende arbeid da jeg måtte tenke nøyaktig hva er egentlig jeg leter etter.

I femte trinnet fokuserte jeg på et bredere temanivå og definerte å navngi temaer som hvilket bestemte aspekt av hvilket data hvert tema fanget opp. Dette trinnet skrev jeg ned og byttet temaer flere ganger til jeg selv har fått en forståelse at disse temaene samsvarer med min problemstilling. Det siste trinnet har jobbet med å utvikle etter sammenheng i materialet og i temaene jeg hadde utarbeidet. Disse temaene gjøres det rede for i analysedelen, men i funnene kom det frem at de fire temaene; vurdering av pasientens atferd, tilrettelegging av det fysiske og sosiale miljøet, tiltak for å forebygge bruken av tvang, og ledelsens ansvar i sykehjem. Jeg har laget en tabell for tema og undertema, se tabell 4.

Tabell 4 – Tema

Hovedtema	Undertema
Vurdering av pasientens atferdsendring	<ul style="list-style-type: none"> - Kompetanse om demenssykdom og utfordrende atferd - Kartlegging og planlegging - Kompetanse om pasient- og brukerrettighetslov § 4 A
Tilrettelegging av det fysiske og sosiale miljøet	<ul style="list-style-type: none"> - Personsentrert omsorg - Empowerment rammeverk
Tiltak for å forebygge bruken av tvang	<ul style="list-style-type: none"> - Tillitsskapende tiltak - Kommunikasjon og holdninger
Ledelsens ansvar i sykehjem	<ul style="list-style-type: none"> - Opplæring og kollegaveiledning - Bruke ressurser med riktig kompetanse - Samarbeid mellom ledelsen og personale

3.3.6 Reliabilitet

Kvale og Brinkmann (2015, s. 276) skriver om reliabilitet er avgjørende om graden av forskningsresultatene karakter og troverdighet. Reliabilitet omhandler sammenheng med spørsmål om hvordan et resultat kan reproduseres av muligheter fra andre forskere. I forbindelsen med min studie har alle mine utvalgte artikler benyttet kvalitativ intervjuforskning. Med en høy reliabilitet av intervjufunnene skal det motvirke en vilkårlig subjektivitet som fokuserer på reliabiliteten til å motvirke kreativ tenkning og variasjon. Dette førte til at jeg har strevet etter å være kritisk til min egen forståelse og tolkning gjennom prosessen. Artikkene har jeg gjennomgått grundig og flere ganger for å styrke reliabiliteten i mitt arbeid.

3.3.7 Validitet

Kvale og Brinkmann (2015, s. 277) definerer validitetsbegrepet at det kan bringe filosofiske abstraksjonsnivået til forskningens hverdagslige praksis. Videre kan det vise hvordan dens relevans for kvalitativ intervjuforskning er spesiell. Dette baserer seg på forskerens tidligere

forskning på området, og det er viktig med at forskeren skal vurdere funnenes validitet. Med disse betingelse har jeg gjort kritiske drøftinger av datainnsamlingen, hvor jeg har vist til inkluderings- og ekskluderingskriteria som jeg sikret på at det er samsvar mellom det som er hensikt å undersøke og hva jeg faktisk har undersøkt. Jeg antar at det datamaterialet jeg har valgt ut er i en trofast tilknytning til å svare på problemstillingen. Samtidig er det slik at det utvalget jeg har gjort av datamateriale er en vurdering og en tolkning fra min side på hva som er relevant.

3.3.8 Forforståelse

Jeg har skrevet ned min forståelse for å bli bevisst mine egne tanker rundt om forebygging av tvang hos eldre personer med demens i sykehjem. Min forforståelse kan i utgangspunktet hjelpe meg med å utarbeide masteroppgaven. Jeg er en sykepleier som har lang erfaring med å jobbe med langtkommen demens i sykehjem. Sykepleieren studerer den psykiske helsen hos personer med demens i samspill med den fysiske, sosiale og åndelig sider.

Sykepleievitenskapen frembringer derfor basiskunnskapene i fagfeltet. Denne innsikten i forskningens verden er helt ny og spennende for meg, så her var det mye å lære og sette seg inn i. Dette har gjort at jeg har hatt mang refleksjoner over mine egne situasjoner som jeg har vært involvert i. En svakhet er at i det store og hele har jeg sterke emosjonelle følelser til temaet, men jeg har underveis fått veiledning fra både veiledere, medstudenter da vi var på samlingene, og diskusjoner med min avdelingsleder fra jobben min.

3.3.9 Forskningsetiske overveielser

For å kunne vurdere en systematisk litteraturstudie må etiske overveielser anvendes. Etiske overveielser kommer med hver enkel artikkel og presenteres i resultatdelen. Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (2021) skriver om krav til etisk forhåndsgodkjenning at forskningsprosjekter som forekommer under lovens virkeområde, skal ha en forskningsetisk forhåndsgodkjenning fra Regionale komité for medisinske og helsefaglig forskningsetikk (2014). Forskningsetikk omhandler å anvende moralsk dømmekraft for å sikre at forskningen jeg studerer har etablerte regler og normer for vitenskapelig virksomhet. Det har ikke vært påkrevd for min del å innhente etisk godkjenning for jeg har ikke benyttet meg av intervju eller en persons opplysninger og dokumenter. Likevel har jeg redegjort og vært nøyaktig i forhold til min presentasjon og vurdering av

andre forskeres arbeid og opprinnelse, ved å være tydelig i kildebruk. I min studie har jeg valgt å ta med 12 artikler som er godkjent av den etisk komité.

Del III - Funn

4 Funn

Tabell 5 Inkluderte 12 artikler etter systematisk søkene:

Nr.	Første-forfattere, år	Land	Tittel	Hensikt	Metode - Datainnsamling	Dataanalyse	Hovedfunn	Deltakere
1	(Garden et al., 2012)	Norge	Kampen for pasientens beste – sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens	Å utforske hvordan sykepleiere opplever bruk av tvang i hverdagslige situasjoner mot personer med demens	Individuelle dybdeintervju	Hermeneutisk – Tematisk analyse	Fem ulike beskrivelser av sykepleiernes opplevelser i forbindelse med bruk av tvang. 1. Opplevelsen av å ikke nå og ikke forstå pasienten. 2. Opplevelsen av å ha skyld i pasientens negative opplevelse. 3. Opplevelsen av pasienten som tapt eller tildekket. 4. Opplevelsen sinne i omsorgssituasjonen. 5. Opplevelsen av trange rammer	8 sykepleiere i forskjellige kommuner
2	(Gjerberg et al., 2013)	Norge	How to avoid and prevent coercion in nursing home: A qualitative study	Å undersøke hva slags strategier inngrepspersonell i Norge brukes når pasienter motsatt seg hjelp og hvordan kan helsepersonell unngå bruk av tvang	Fokusgruppe-intervjuer	'Bricolage': beveget fritt frem og tilbake, en eklektisk måte å skape mening	Ansatte brukte mye tid, prøvde et bredt spekter av tilnærminger, for å forhindre bruk av tvang. Bruk av tvang ble benyttet som en siste utvei. -Ansatte hadde sitt eget «repertoar» av strategier som de prøvde å implementere da pasientene motsatte seg det de ansatte ønsket at de skulle gjøre. -En viktig mellommenneskelig karakterer. Noen ganger ble ansatte vurdert å utføre sin oppgave som «nødvendig helsevesen»	Totalt 60 ansatte: 11 sykepleiere, uten formelle kvalifikasjon/ hjelpepleiere

3	(Pedersen et al., 2013)	Norge	Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning	Å undersøke hvilke utfordringer og erfaring som leger og andre sykehjemansatte har med de nye tvangsbestemmelsene	Fokusgruppe-intervjuer	Hermeneutisk – Tematisk analyse	Tvang ble benyttet i situasjoner der pasienten ytte fysisk eller verbal motstand mot behandling eller stell som var pasientens beste. Tvang ble brukt også av hensyn til andre situasjoner; motstand mot medisiner, motstand mot stell og pleie, i forbindelse med ernæring og ernæringsbehandling, og ved uønsket atferd uro og vandring	Totalt 65 sykehjem-ansatte, fordelt på 12 grupper: 5 leger, 25 sykepleiere, 3 vernepleiere, 25 hjelpepleiere, 3 omsorgsarbeidere, 2 aktivitører og 2 ufaglærte.
4	(Thorvik et al., 2014)	Norge	God omsorg for urolige personer med demens	Å utforske og beskrive hva god omsorg kan være i en skjermet avdeling for personer med demens	Feltobservasjoner og feltsamtaler	Etnografisk analyse	Tre hovedtema: alltid beredt, fleksibilitet og kunnskap og kjennskap. Det er lagt vekt på, i tråd med studiens hensikt, å beskrive kjennetegn ved god omsorgsutøvelse	Totalt 13 ansatte: 7 sykepleiere, 6 hjelpepleiere/ omsorgsarbeidere med spesialisering
5	(Park et al., 2018)	Sør-Korea	Examining practical nursing experiences to discover ways in which to retain and invigorate the remaining function of the elderly with a demented and complex disability in nursing homes	Å utvikle ønskelige sykepleiestrategier for fysisk funksjonshemmede eldre med moderat til alvorlig demens gjennom kvalitativ analyse av sykepleiernes erfaringer på sykehjem og å belyse viktigheten av å opprettholde de resterende funksjonene til denne typen gruppe med dement og kompleks funksjonshemming, i stedet for å forsøke medisinsk rehabilitering	Individuelle dybdeintervju	Tematisk analyse	Fire hovedtemaer og 19 undertemaer ble funnet for å utvikle effektive sykepleiestrategier for omsorg for sengeliggende eldre med moderat til alvorlig demens på sykehjem. De fire hovedtemaer; 1. Identifisering: Identifisere en basislinje med en vurdering av forbedringspotensialet 2. Ledelse: Opprettholde de gjenværende funksjonene og forebygge funksjonshemninger 3. Optimalisering: Forsterke de resterende funksjonene basert på tilbakemeldinger fra empirisk kunnskap 4. Compliance: 'Following the established guidelines and standards that focused on enhancing the therapeutic environment' er nært knyttet til hverandre og foreslår et rammeverk for å konstruere praktisk sykepleievurdering og intervensjon	29 sykepleiere

6	(Nakrem et al., 2019)	Norge	Staff experiences with implementing a case conferencing care model in nursing homes: a focus group study	1)Å beskrive sykehjemansattes erfaringer med en intervensjon som består av omfattende geriatrisk vurdering og omsorgsplanlegging i strukturerte sakskonferansemønstre 2)Å få en dypere forståelse av tilretteleggerne og barrierene for å gjennomføre og opprettholde intervensjonen	Fokusgruppe	Tematiske analyse	To temaer: 1) Læringsopplevelser; og 2) Muliggjøre og implementeringsbarrierer	Totalt 19: 18 sykepleiere, 1 helsepersonell
7	(Choi et al., 2019)	Sør-Korea	Nurses' Positive Experiences in Caring for older Adults with dementia: A Qualitative Analysis	Å utforske positive omsorgsopplevelser hos sykepleiere som gir omsorg for personer med demens	Individuelle dybdeintervjuer	Grounded theory	Funn understreker at det er behovet for at sykepleiere samarbeider med pårørende, da samarbeid har vist seg å påvirke sykepleiernes positive erfaringer	13 sykepleiere
8	(Hirakawa et al., 2019)	Japan	Meaning and practices of spiritual care for older people with dementia: experiences of nurses and care workers	Å undersøke betydningen og praksisen med åndelig omsorg for eldre med demens basert på sykepleieres og omsorgsarbeideres perspektiv og erfaringer	Individuelle intervjuer	Innholdsanalyse	Tre hovedtemaer oppstod fra den kvalitative analysen av hva som utgjorde åndelig omsorg for eldre mennesker med demens: selvtillit, kommunikasjon og individuell forskjell	Totalt 18: 5 sykepleiere, 13 omsorgsarbeidere
9	(Simonsen & Helgesen, 2020)	Norge	Utfordrende atferd hos personer med demens i forsterket skjermet enhet på sykehjem – sykepleieres erfaringer	For å få kunnskap om sykepleieres erfaringer med utfordrende atferd hos personer med demens i forsterket skjermet enhet på sykehjem	Individuelle intervjuer	Tematisk analyse - systematisk tekstkondensering	Sykepleierne la vekt på kjennskap til pasienten, kunnskap om demens og forståelse for atferd som kommunikasjonsuttrykk er grunnleggende elementer for å møte hver enkelt pasient på best mulig måte	4 sykepleiere
10	(Watson & Hatcher, 2021)	Australia	Factors influencing management of agitation in aged care facilities: A	Å utforske ansattes oppfatninger av agitasjon hos beboere i eldreomsorgen, inkludert	Individuelle intervjuer	Innholdsanalyse	Ledelsesstrategier inkluderte distraksjon og gir plass, kjenne beboeren, identifisere årsaksfaktorer, bruke individuell tid og om	11 omsorgspersonale

			qualitative study of staff perceptions	påvirkning av demens, når man velger ledelsesstrategier for å redusere opphisset atferd			nødvendig medisineringsadministrasjon. Agitasjon var mer utfordrende for beboere med demens på grunn av nedsatt kommunikasjon	
11	(Kong et al., 2021)	Korea	Nursing home staff's perceptions of barriers and needs in implementing person-centred care for people living with dementia: A qualitative study	Å undersøke sykehjemansattes barrierer og behov for å implementere personsentrert omsorg for personer med demens	Individuelle-intervjuer	Innholdsanalyse	Fire temaer kom fra datanalysen utilstrekkelige ressurser, mangel på utdanning, negativ tankegang og dårlige relasjoner. Det kom frem at personsentrert omsorg er viktig tilnærming for personer med demens	Totalt 48: 24 sykepleiere, 24 hjelpepleiere/ Omsorgsarbeidere
12	(van Corven et al., 2021)	Nederland	Defining Empowerment for older people living with dementia for multiple perspectives: A qualitative study	Å utforske hva konseptet om Empowerment betyr og inkluderer for folk som bor med demens for perspektiver til mennesker som bor med demens selv	Fokusgruppe-diskusjoner	Tematisk analyse	Fire temaer anser som viktige aspekter ved Empowerment: 1. å ha en følelse av personlig identitet 2. ha en følelse av valg og kontroll 3. ha en følelse av nytte og være nødvendig 4. beholde en følelse av verdi	Totalt 46 helsepersonell (sykepleiere, hjelpepleiere): 16 uformelle omsorgspersoner (inkluderte 15 personer lever med demens)

4.1 Presenterer av funn

Det ble inkludert tolv primære studier i denne litteraturstudien. Studiene er presentert i tabell 5. Alle studiene er kvalitative forskning og ble publisert mellom 2011-2021. Studiene som er inkludert var gjort i Norge, Nederland, Sør-Korea, Japan og Australia. I de inkluderte studiene var det totalt 5 leger, 144 sykepleiere, 3 vernepleiere, 56 hjelpepleiere, 27 omsorgsarbeidere, 2 aktivtører, 18 ufaglærte og 15 personer med demens som var informanter. Sykepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere vil i denne oppgaven bli omtalt om hverandre. Felles for alle var at de har jobbet i sykehjem og noen av de informantene har jobbet i en skjermet enhet, og de hadde erfaring med å håndtere personer med demens med utfordrende atferd i sykehjem.

I analysen kom jeg frem til fire hovedtemaer. Første hovedtema er vurdering av pasientens atferdsendring, og i det har jeg funnet med 3 undertemaer: 1) kompetanse om demenssykdom og utfordrende atferd 2) kartlegging og planlegging og 3) kompetanse om pasient- og brukerrettighetsloven § 4 A. Det andre hovedtemaet er tilrettelegging av det fysiske og sosiale miljøet, og det kommer frem med 2 undertemaer: 1) personsentrert omsorg og 2) Empowerment rammeverk. Det tredje hovedtemaet er tiltak for å forebygge bruken av tvang som kommer frem videre med 2 undertemaer: 1) tillitsskapende tiltak og 2) kommunikasjon og holdninger. Det fjerde hovedtemaet er ledelsens ansvar i sykehjem som kommer med 3 undertemaer: 1) Opplæring og kollegaveiledning og 2) bruken av ressurser med riktig kompetanse 3) samarbeid mellom ledelsen og personale. Det ble analysert av 12 artikler og det omhandler hvordan sykepleiere kan bidra til å forebygge bruken av tvang hos eldre personer med demens og med utfordrende atferd i sykehjem. Jeg har laget en tabell som viser en oversikt over de inkluderte artiklene som representeres i hvert hovedtema og undertemaer, se tabell 6.

Tabell 6 – Presenterer hovedtema og undertema

Tabellen har utarbeidet formen av Aveyard (2019, s. 143).

	Hovedtema	Vurdering av pasientens atferdsendring			Tilrettelegging av det fysiske og sosiale miljøet		Tiltak/forebygge bruken av tvang		Ledelsen ansvar i sykehjem		
		1.1	1.2	1.3	2.1	2.2	3.1	3.2	4.1	4.2	4.3
1	(Garden & Hauge, 2012) Norge	V		V	V			V	V		
2	(Gjerberg) et al., 2013) Norge	V			V		V		V	V	
3	(Pedersen et al., 2013) Norge	V		V			V		V	V	
4	(Thorvik et al., 2014) Norge	V	V		V			V		V	
5	(Park et al., 2018) Sør-Korea	V	V				V			V	V
6	(Nakrem et al., 2019) Norge								V	V	V
7	(Choi & Choi, 2019) Sør-Korea	V					V	V			
8	(Hirakawa et al., 2019) Japan	V				V	V	V	V		
9	(Simonsen & Helgesen, 2020) Norge	V	V	V	V			V	V	V	
10	(Watson & Hatcher, 2021) Australia	V	V		V			V			
11	(Kong et al., 2021) Sør-Korea	V			V			V	V	V	V
12	(van Corven et al., 2021) Nederland	V				V					

Det beskriver forklaringen om tallene 1.2 – 4.3 i fargene som knytter til hovedtemaer og undertemaer, se neste side.

Undertema:

1.1 Kompetanse om demenssykdom
og utfordrende atferd

2.1 Personsentrert omsorg

2.2 Empowerment rammeverk

1.2 Kartlegging og planlegging

1.3 Kompetanse om pasient- og brukerrettighetsloven § 4A

3.1 Tillitsskapende tiltak

3.2 Kommunikasjon og holdninger

4.1 Opplæring og kollegaveiledning

4.2 Bruk av ressurser med riktig kompetanse

4.3 Samarbeid mellom ledelsen og personale

4.2 Vurdering av pasientens atferdsendring

4.2.1 Kompetanse om demenssykdom og utfordrende atferd

Elleve av studiene kom det frem at ansattes kompetanse om demenssykdom og utfordrende atferd var det første grunnleggende behovet for å forstå pasientenes atferdsendring. For å unngå bruken tvang hos personer med demens med utfordrende atferd viste studiene at helsepersonell må ha kunnskap om pasientens livshistorie, sykehistorie og individuelle fysiske og psykiske behov (Garden & Hauge, 2012; Gjerberg et al., 2013; Pedersen et al., 2013; Thorvik et al., 2014; Park et al., 2018; Choi & Choi, Hirakawa et al., 2019; Simonsen & Helgesen, 2020; Watson & Hatcher, Kong et al. & van Corven et al.; 2021). Garden og Hauge (2012) viser i sin studie at bruken av tvang i sykehjemmene henger sammen med de ansattes mangel på kompetanse og kunnskap. Studiedeltakeren fortalte at det kunne oppstå noen tilfeller, der de opplevde at de ikke var i stand til å forstå pasienten og situasjonen ble avgjort med tvang. Studiedeltakeren var kreative med å finne individuelle miljøtiltak for å respondere på pasientens atferd, men de mislyktes og de måtte bruke tvang. Videre fortalte en deltaker at det kom ingen andre alternativer enn å benytte tvang:

*«Han sloss. Jeg ser det i det uttrykket: «Jeg skal ikke ha. La meg være i fred!».
Og vi forklarte og forklarte, men det nyttet ikke.» (Garden & Hauge, 2012)*

Resultatene viste at det var mange av deltakere som opplevde at de måtte benytte tvang i denne situasjonen daglig. Samtidig opplevde de at det var arbeidspress og kompetansemangel hos ansatte i sykehjemmet (Garden & Hauge 2012; Kong et al., 2021). Studiene har undersøkt hvilke typer alternative strategier inngrepspersonell brukte når pasienter motsett seg hjelp, og hvordan kan helsepersonell unngå bruk av tvang (Gjerberg et al., 2013; Park et al., 2018; Watson & Hatcher, Kong et al.; 2021). De fleste norske sykehjem er drevet av norske kommuner, og de fleste av pasientene var under langtidspleie. I de andre vestlige landene har de fleste innbyggere flere kroniske sykdommer i tillegg med demens, var den hyppigste diagnose med alvorlig funksjonsnedsettelse og komplekse behov. I studiene kom det frem at pasientens agitasjon og andre atferdsendringer var svært vanlig. Resultater viste at de ansatte vanligvis brukte mye tid, og prøvde flere gode tilnærminger for å forhindre bruk av tvang hos pasienter. Tvangsbruken ble benyttet som en siste utvei. Det var tydelig i studiene at det var krav på høy faglighet og med relevant kompetanse for helsepersonell (Gjerberg et al.; Pedersen et al., 2013):

“It is an easy solution. You take the patient, place him in the chair with the tray in front of him, and then you are done with the patient ... Not everyone sees that this is wrong, perhaps. We have discussed it, but there is always someone who does not have the competence.” (Gjerberg et al., 2013)

Sykepleiestrategier på arbeidsnivå gjelder i den virkelige verden, og er bygget på sykepleieetiske punkter som skiller seg fra en medisinsk tilnærming. Videre viste studiene frem at deltakere hadde gode kunnskaper om menneskers grunnleggende behov både fysiske og psykososiale. Funnene til studiene kom frem at de ansatte alltid var forberedt eller var årvåkne. Ansatte prøvde å fange de gyldne øyeblikkene til pasienten og responderte raskt. Deltakerne fortalte at de var kreative og fleksible i sin fagutøvelse og det ga inntrykk av å ha gode kunnskaper om sykdom (Thorvik et al., 2014; Park et al., 2018; Simonsen & Helgesen, 2020):

«Pleieren går inn igjen til pasienten, sier hei og fint å se deg. Sier at hun vil sette på lyset og slår på bryteren. Pasienten protesterer med en gang. Au, nei, sier hun. Pleieren spør om det er for sterkt og er rask med å slå av lyset.» (Thorvik et al., 2014)

To av studiene fra Japan og Sør-Korea har fellestrekk om åndelig omsorg til eldre mennesker som lever med demens. Deltakerne i Japans studie fortalte i sine intervjuer at pasienter reagerte på omsorg på svært forskjellige måter. Det var sykepleiere og omsorgsarbeidere som hadde unike sett med tilnærming. Videre med studien fra Sør-Korea kom det frem at studien inkluderte kategorien Implementing Emotional Care, det fremkalte pleiere som brukte verbal og ikke-verbal emosjonell støtte til pasienter. Denne omsorgsprosessen omhandlet å møte pasienten med psykiske og fysiske behov med menneskelig berøring (Hirakawa et al., Choi & Choi; 2019):

“I would like my clients to enjoy things they appreciate like recreational services, talking, eating, and bathing. (Participant 10, 40-year-old car worker)
They really enjoy special activities like excursions or looking at cherry blossoms. Participant 17, 59-year-old nurse” (Hirakawa et al., 2019).

Studien til Simonsen og Helgesen (2020) beskrev om den grunnleggende tilnærmingen, har belyst hvilke utfordringer sykepleiere møter på når de arbeider med personer med demens med utfordrende atferd. Det kom frem at i tilnærmingen må pleiere være forberedt på at en plutselig atferdsendring kan forekomme. Deltakerne fortalte at de måtte observere på pasienten sitt kroppsspråk og ansiktsuttrykk. Pasientens følelse av personlig identitet ble vurdert i henhold til vurdering av pasientens atferd. Deltakerne fortalte at de prøvde å bli kjent med pasienten ved å skaffe informasjon om pasientens livshistorie, interesser, roller, vaner, rutiner og verdisyn:

«Det er som å bli kjent med nye mennesker, vi må være sammen med dem over tid, og så må vi se hvordan de responderer. Vi må være sammen med dem for å lære dem å kjenne, for å se den endringen i blikket, for å se den endringen i kroppsbevegelsen, om de er knapp eller om de er myk. Vi må se måten de tygger på, altså det alt. Deltakeren 1.» (Simonsen & Helgesen, 2020)

Studien til van Corven et al. (2021) viser resultater at deltakerne prøvde forskjellige aktiviteter og holdninger for å observere pasientens atferd. Det er sammen at helsepersonell prøver å motivere til pasientens valg og bestemmelse til å delta i aktiviteter eller daglig gjøremål.

4.2.2 Kartlegging og planlegging

Fire av studiene har belyst at kartlegging og planlegging av utfordrende atferd var et verktøy for vurdering av pasientens mentale- og funksjonsstatus (Simonsen & Helgesen, 2020; Park et al., 2018; Watson & Hatcher, 2021; Thorvik et al., 2014). Studien til Simonsen og Helgesen (2020) kom det frem at sykepleiere iblant ikke klarte å finne årsaken til atferdsendringer på grunn av ingen kartlegging. De benyttet kartleggingsskjemaet i liten grad når atferden endret seg. I kartleggingen registreres hva som skjedde i forkant av situasjonen og hvordan den ble løst. Deltakerne fortalte at de hadde benyttet mest døgnregisteringsskjema, og brukte dette skjemaet ca. en til to uker før skjemaet analyseres. Resultatene viser at refleksjon er ikke satt i systemet, men at det foregår når ansatte har behov for det. Kartlegging av utfordrende atferd har blitt benyttet og støttet ansatte i hverdagsarbeid, og refleksjon med planlegging kan hjelpe til med å forstå pasientens atferdsendringer:

«Dersom vi ser et mønster er det lettere å finne årsaken til at atferden oppstår, så gjør vi tiltak ut ifra det. Informant C, sykehjem Y.» (Simonsen & Helgesen, 2020)

Simonsen og Helgesen (2020) viser at det kan være pleieres tilnærming som er den ofte årsaken til at pasientens utfordrende atferd dukket opp.

Studien til Park et al. (2018) viste at det hadde betydning for å opprettholde pasientenes funksjoner og for å forhindre ytterligere funksjonelt tap ved å identifisere og nøyaktige vurdering av pasientens funksjonsstatus. Resultatene viste anbefaling for overvåkning på disse områder: endring i beboerens fysiske tilstand, følelsesmessig ustabilitet, kommunikasjon funksjon som er basert på ikke-verbale eller meningsløse reaktive og repeterende handlinger.

Studien fra Australia viser at for å håndtere utfordrende atferd bruker helsepersonell rutinemessig strategier; gi plass til pasienten, bruk av medisiner, identifisere årsaker og gir omsorg til enkelte pasient:

*“...with dementia they don't understand what we are talking about. You need to constantly be reminding them or doing something if they may be agitated...”
(Watson & Hatcher, 2021)*

Studien til Thorvik et al. (2014) viser at strategier for god omsorg for urolige personer med demens var at de ansatte spilte på hverandres kompetanse. Strategien innebærer at ansatte

kjente hverandres kompetanse så godt og at de kan overlate utfordringen til en kollega og at det ikke ble opplevd som et nederlag.

4.2.3 Kompetanse om pasient- og brukerrettighetsloven § 4 A

Tre av studiene har et fellestrekk på kompetanse om pasient- og brukerrettighetsloven § 4 A (Pedersen et al., 2013; Garden & Hauge, 2012; Simonsen & Helgesen, 2020). Pedersen et al. (2013) beskrev om bruk av tvang i sykehjem var vanlig og utfordrende for ansatte. Det var to sentrale vilkår hvor pasienten manglet samtykkekompetanse, og at tvangen ble benyttet for pasientens beste. Studien undersøkte hvilke utfordringer og erfaringer som leger og andre sykehjemansatte har med de nye tvangsbestemmelsene. I resultatene kom frem at tvang ble brukt hyppig, men at det ble fattet få vedtak. Etter loven må helsehjelpen være «nødvendig». Noen deltakere forsto dette veldig strengt, og har vurdert å bruke tvang. Tvang ved helsehjelp ville være betydelig fare for liv og helse» som beskriver i kapittel § 4A i pasient- og brukerrettighetsloven (5-7). Studien viste at det var stort potensial for feiltolkninger og at tvang ble brukt uten vedtak. Studien la vekt på at legene og tverrfaglig samarbeid ble vurdert som viktig for god anvendelse av det nye lovverket:

«Jeg prøver å si at det er sjelden noen som dør fordi at de ikke har dusjet på noen uker, eller at de ikke tar den tablettene. (...) Vi leger har et helt annet syn på det enn sykepleiere og andre. (...) Derfor er det veldig viktig å ha legen med.» (Pedersen et al., 2013)

Garden og Hauge (2012) skriver at tvang ble oftest brukt ved å holde pasienten fast til et sted hvor han eller hun ikke ville være. Deltakerne fortalte at pasienten ofte ble aggressiv og voldelig. I denne situasjonen som fysisk utagering oppsto var noen ganger årsak til at tvang ble brukt. Pasientens aggresjon ble tolket som et symptom på hjerneorganiske forandringer. Det kommer frem at sykepleieren møte pasientens motstand med tvangstiltak. Deltakerne fortalte at pasientens angst og fortvilelse i tvangssituasjoner kan vises som en legitimering av tvang som omsorgstiltak. Det er en utfordring for demensomsorg at omsorgspersonalet har kompetanse for å gjøre helhetlige vurderinger i tråd med lovbestemmelsens hensikt for å finne alternative løsninger for å unngå bruk av tvang. Resultatene viste at det kunne være få ansatte med tilstrekkelig kunnskap om tiltak som kunne forebygge bruken av tvang. De ansatte følte at de opplevde kompetansemangel om tvangstiltak. En annen deltaker fortalte at hun prøvde å

bidra til at pasienten skulle oppleve psykisk velvære. Sykepleierne var veldig opptatt av pasientens følelsesmessige opplevelse når hun skulle fullføre omsorgstiltak (Garden & Hauge, 2012):

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

Simonsen og Helgesen (2020) skrev at bruk av medikamenter til utagerende pasienten må vurderes med en helhetsvurdering som må legges til grunn. Deltakerne fortalte at pasienten skulle være i fokus slik at de kunne ha det bra etter effekten av medikamenter. Studien har en svakhet med at de få deltakere er inkludert. Intervjuene belyste problemstillingen, men med et større antall deltakere ville studien har gått bedre og gitt et mer innsiktsfullt resultat.

4.3 Tilrettelegging av det fysiske og sosiale miljøet

4.3.1 Personsentrert omsorg

Seks av studiene viste at personsentrert omsorg er omsorgstilnærmingen for personer med demens (Garden & Hauge, 2012; Gjerberg et al., 2013; Thorvik et al., 2014; Simonsen & Helgesen, 2020; Kong et al., Watson & Hatcher; 2021). Det er å ta utgangspunkt pasientens egen opplevelse av livsverden. Pasientens livshistorie med den aktuelle situasjonen kan støtte opp under pasientens opplevelse av velvære. Pasientens aggresjon i daglig demensomsorg kan gi uttrykk på at de er misfornøyde med noe eller har smerter. For å øke kunnskap om personsentrert tilnærming til omsorgspersonale kan det gi mulighet for å redusere bruken av tvang hos eldre med demens. Studiene setter lys på å øke kunnskapen om denne type atferd. Studiene har oppsummert at det var en betydelig høy forskning på ulike aspekter ved bruk av tvang i sykehjem. Funnene var helt i tråd med rådende teorier om personsentret omsorg og det hadde betydningen mellommenneskelige tilnærminger som er påpekt i flere studier (Garden & Hauge, 2012; Gjerberg et al., 2013; Thorvik et al., 2014). Symptomer på utfordrende atferd inkluderer vandring, motstand mot omsorg, verbal forstyrrelse, angst, depresjon eller rastløshet, irritabilitet og søvnforstyrrelser. Det er en prioritet for at ansatte skal håndtere

agitasjon for å holde beboeren trygg og sikre sikkerheten til alle som er i nærheten samt pasienten som utagerende. Det regnes med at personsentrert tilnærming er mer effektiv enn å bruke farmakologi. Sykehjemansatte opplevde mange barrierer og har behov for å implementere personsentrert omsorg for beboere med demens. Det er viktig å fokusere på det fysiske miljøet på sykehjem for å øke personsentrert demens omsorg (Watson & Hatcher; Kong et al., 2021):

«On the second floor, there is only one room where residents with severe dementia stay together. I think there should be more space for residents with dementia to stay, wander around, and receive person-centered dementia care without interfering with other residents' lives. Participant 20, care worker. (Kong et al. 2021)

Simonsen og Helgesen (2020) beskriver i sin studie at det er nødvendig å ha kunnskap om demens og atferd som kommunikasjonsuttrykk for å kunne ha en personsentrert tilnærming. Det er foreslått at uttrykk for et annet underliggende budskap som pasienten ikke er i stand til å formulere verbalt. Resultater viser at det å vise forståelse og bekrefte at pleiere ser at pasienten er lei seg, kunne pleiere gi trøst å vise ydmykhet når pasienten utagerer.

4.3.2 Empowerment rammeverk

To av studiene viser i resultatene at Empowerment rammeverket er grunnleggende for det sosiale miljøet hos beboere i sykehjem (Hirakawa et al., 2019 & van Corven et al., 2021). Studien i Japan viser at det tyder på bakgrunn av forverret kognitiv funksjon i daglige og sosiale aktiviteter. Hverdagen til eldre med demens er vanligvis kjedelig på grunn av mangel på sosiale aktiviteter. I studiene kom det frem at deltakere oppfordrer sine pasienter med alvorlig demens til å finne noe å glede seg over på daglig basis. Det er å minne om tidligere livsglede hjelper alltid eldre med demens å forbedre selvtilliten og sett pris på meningen med livet. To deltakere fortalte:

“I am happy when my clients share information about something they are passionate about, and my clients appreciate the fact that I take the time to listen to them.

(Participant 1, 58-year-old care worker)

When the wife of a former company president said to us ‘You are my employee’, we played along. Participant 19, 40-year-old nurse.” (Hirakawa et al. 2019)

Studien i Nederland van Corven et al. (2021) har identifisert funnene for viktige aspekter ved Empowerment: 1) har en følelse av personlig identitet 2) har en følelse av valg og kontroll 3) med en følelse av nytte og trengs og 4) fastsatt en følelse av verdi. Disse funnene ble et konseptuelt rammeverk for Empowerment hos eldre med utviklet demens. Å blir akseptert og respektert gir grunnlag for å utvikle tiltak for å styrke eldre med demens. For eldre med demens er det spesiell og viktig at de kan velge hva de vil og at valgene deres blir akseptert. Studien viste også at Empowerment innebærer at omsorgspersoner kan både støtte og begrense pasientens valg og behov. Samtidig kan det være mulig at omsorgspersoner oppmuntrer eldre med demens til å ta sine egne valg:

“Sometimes I find it harrowing to see how insecure people can be, because they know: it is not going well, but they cannot place it, what is exactly not going well? And that can eat away at self-worth. (healthcare professional, working in a nursing home, H40)”
(van Corven et al., 2021)

4.4 Tiltak for å forebygge bruken av tvang

4.4.1 Tillitsskapende tiltak

Fem av studiene viste at tillitsskapende tiltak kan redusere tvangsbruken hos eldre personer med demens (Gjerberg et al., 2013; Pedersen et al., 2013; Choi & Choi, Hirakawa et al., 2019; Park et al., 2018). Det er et grunnleggende krav i pasient- og brukerrettighetsloven for å kunne bygge tillit. Helsepersonell må prøve det før tvang blir benyttet. Studien til Gjerberg et al. (2013) viste tydelig at Helse- omsorgsdepartementet krever at ansatte må forsøke å få pasienten til å forstå hva som er i hans eller hennes interesse, for å få omsorg og behandling. Ansatte bruker ulike typer tillitsskapende intervensjoner. Det betyr at strategier i henhold til lovgivningen må utføres før det blir besluttet å bruke tvang. For å bygge tillitt kan det være å begrense pasientenes valg på ulike situasjoner. Helsepersonell viste at de må forstå pasientens situasjon og at de kan legge til rette for å etablere et godt forhold, og det kan føre til pasienten får mindre angst i ulike situasjoner. Studien har lagt vekt på å skape et tillitsfullt forhold i alle fokusgrupper som kan forhindre bruk av tvang. Videre har studien til Pedersen et al. (2013) vist i ramme 1: sentrale vilkår for bruk av tvang etter kapittel 4A i pasienten- og brukerrettighetsloven (5-7) at tillitsskapende tiltak må være forsøkt, og helsehjelpen må være nødvendig, tiltakene må stå i forhold til behovet for helsehjelpen og å yte helsehjelpen med tvang må være den beste løsningen for pasienten. Studien ble presentert i en større kvalitativ

studie om helsepersonells erfaringer med bruk av tvang og den nye lovgivningen for sykehjem. Målet for studien var å få systematiske beskrivelser av erfaringer som knyttet til innføringen av de nye lovhjemlene. Resultatene viste at det var viktig for pasientenes rettssikkerhet og for alle helsepersonell som jobbet med pasientens som motsatte seg hjelp. Studien fra Sør-Korea viste at sykepleiere bygde tillit hos eldre personer med demens ved å gi kontinuert omsorg og hyppig tilsyn. Sykepleiere gir også emosjonell omsorg ved hjelp av verbal og ikke-verbal kommunikasjon. To deltakere fortalte at det er viktig å bygge tillit hos eldre personer med demens:

«Jeg kan ikke begynne å gi omsorg hvis de ikke stoler på meg. Jeg går ofte og sjekker forholdene deres. De fikk ikke engang øyekontakt med meg i begynnelsen, men senere kom de til å stole på meg nok til å snakke om familien sin» (Choi & Choi, 2019).

“I have been taking care of older adults living with dementia for about 9 years. I know almost everything about them. I usually accept the client's feelings as they are when they act aggressively. Then they understand that I am trying to help them. They come to trust me» (Choi & Choi, 2019).

Studien fra Japan viste at eldre mennesker ønsker vanligvis å fremstå som uavhengige til slutten av livet. Resultatene viste i tre hovedtemaer som er knyttet til hva som utgjorde åndelig omsorg for eldre mennesker med demens: selvtillit, kommunikasjon og individuell forskjell. Det kom frem at det å snakke om fortiden gjør det mulig for eldre med alvorlig demens å bygge på selvtilliten (Hirakawa et al., 2019). Studien fra Sør-Korea viste at sykepleieintervensjon for eldre med fysiske og kognitive funksjonshemninger må gis god pleie og oppmuntring av pasientenes nåværende funksjoner. Helsepersonell skal bygge et trygt miljø og emosjonell stabilitet ved å overholde optimaliserte retningslinjer og standarder (Park et al., 2018).

4.4.2 Kommunikasjon og holdninger

Syv av studiene viser at kommunikasjon og holdninger er et tiltak for å forebygge bruken av tvang hos eldre personer med demens (Simonsen & Helgesen, 2020; Garden & Hauge, 2012; Thorvik et al., 2014; Hirakawa et al., Choi & Choi, 2019; Watson & Hatcher, Kong et al., 2021). Utfordrende atferd hos eldre personer med demens kan være pasientens kommunikasjonsuttrykk. Helsepersonell må bruke tilnæringsmåter tilpasses hver enkelt

pasient og situasjon. Det dreier seg om å observere på pasientens kroppsspråk og ansiktsuttrykk. Personalets negative holdninger til pasientene må unngå å møte med eldre personer med demens, og pasienten uttalte seg om sine opplevelser på flere ulike måter (Simonsen & Helgesen, 2020). I studien til Garden og Hauge beskriver at sykepleierne opplevde ofte at pasienten reagerte sterkt på bruken av tvang. Pasienten ble veldig redd i stellesituasjoner og kjempet imot hjelpen fra sykepleierne. Pasientens reaksjoner kan tyde på at de opplevde det skremmende av denne situasjonen (Garden & Hauge, 2012). Studien til Thorvik et al. (2014) viste i resultater at pasienten prøver å uttrykke seg gjennom kroppsspråk: mørke øyne, ord, lyder, rynkete øyebryn, kroppsholdning og bevegelser. Studien har belyst hvilken god omsorg for urolige personer med demens. Kjennetegnet og det kommer frem at de ansatte alltid er beredt, fleksibel i sin tilnæringsmåte. Kommunikasjon hos eldre personer med demens er en grunnleggende for å kommunisere og forstå pasientene. Pasienter har kortsiktig hukommelsestap er det forårsaket av demenssykdom som gjør at pasienten gjentatte ganger stiller samme spørsmål og om informasjon. Omsorgspersoner er pålagt å lytte tålmodig og gi trygghet. Eldre personer med demens er vanligvis desorientert av sine omgivelser på sykehjemmet, og pasienten kan gjentatte ganger be om å få reise hjem (Hirakawa et al., 2019).

Studien fra Sør-Korea viser i resultatene at omsorgsprosessene for å møte pasientens psykiske og fysiske behov med menneskelig berøring. Studien viser at sykepleiers forståelse av eldreomsorg kan være et grunnlag for positive holdninger hos sykepleier til eldre personer med demens (Choi & Choi, 2019). Studien til Australia viser at kommunikasjon og forståelse hos eldre personer med demens er svekket når pasienten blir agitert. Identifikasjon av årsaksfaktorer kan gi bedre omsorg hos beboere med nedsatt kommunikasjon. Sykepleiers agitasjonshåndtering for eldre mennesker må være trygg, og det kan gi effektiv lindring av symptomer som kan redusere upassende bruk av antipsykotika (Watson & Hatcher, 2021). Studiedeltakerne fortalte at det var mange ansatte som hadde manglende kommunikasjon og feilkommunikasjon med familier og beboere med demens. En av studiedeltakerne fra Sør-Korea fortalte at det var veldig vanskelig å kommunisere med pasientens familie, og det hindret helsepersonells implementering av personsentrert omsorg for eldre personer med demens:

“For the successful implementation of person-centered dementia care. I think that families need to totally trust staff. All of us, as a team have to take care of residents

with dementia. When wandering, some residents with dementia might have an accident and get a small bruise or skin excoriation on their arms but some families think it is caused by staff's abuse, there is mistrust, Participant 2, R. (Kong et al., 2021)

4.5 Ledelsen ansvar i sykehjem

4.5.1 Opplæring og kollegaveiledning

Syv av studiene påpekte at Intern og ekstern opplæring, og kollegaveiledning er et tiltak som kan gi ansatte øket kompetanse for å forbygge bruk av tvang hos pasientene (Garden & Haugen, 2012; Hirakawa et al. & Nakrem et al.; 2019, Pedersen et al., 2013, Kong et al., Simonsen & Helgesen, 2020; Gjerberg et al., 2013). Det var tilgjengelig kunnskap blant avdelingspersonalet som hadde betydning for bruken av tvang hos pasienter. Ansatte ga uttrykk for at kunnskap om demens og gode erfaring fra kollegaer var viktig for å gi omsorgstiltak. Ansatte fortalte at det kan være få ansatte med tilstrekkelig kunnskap om tiltak for å forebygge bruken av tvang (Garden & Hauge, 2012; Hirakawa et al., 2019):

“My client’s family explained that my client would not comply with their advice, so they asked me to try to persuade my client into cooperation. (Participant 5, 50-year-old nurse) On their own, care workers cannot provide perfect care for older people with dementia. However, by sharing know-how with the team members, the care we can provide will be very successful, close to perfection. (Participant 20, 35-year-old care worker)” (Hirakawa et al., 2019)

Studiedeltakerne fortalte at sykehjemmene har fått tilbud om undervisning om den nye tvangslovgivningen fra Helsetilsynet i fylkene, men det var mange ansatte som ikke hadde deltatt. Det var de ufaglærte som jobbet nærmest pasienten som hadde fått minimal opplæring. Noen ansatte mente at det var kjedelig på kurs og undervisningen. Studien viste at sykehjemslegene har rapportert om mangel på opplæring (Pedersen et al., 2013).

Nakrem et al. (2019) beskriver om læringsopplevelse på både organisatorisk og individuelt nivå. Studiedeltakerne kommer frem til at implementering av CGA- og case konferanser forbedret kvaliteten på omsorgen og tilrettelagt organisatorisk læring. På individuelt nivå beskriver studiedeltakerne erfaringer med personlig utvikling og bedre innsikt. Denne studien

er en del av en større studie om kvalitetsforbedringer i sykehjem som knyttet til «*Aldring og eldres helse*». Resultatene viser at det er vanskelig å opprettholde kvalitet på sykehjem selv om de ansatte opplever kvalitetsforbedringer i forsøket.

Studiedeltakerne til Simonsen og Helgesen (2020) fortalte at de har gode rutiner for bruk av refleksjon på avdelingene der de jobber, men det var ikke satt i system. Det var varierer med kollegaveiledning og refleksjon. Studiedeltakeren fortalte videre at det er viktig å støtte hverandre i hverdagen og at refleksjon kan hjelpe til med å forstå pasientens atferd:

«Det å gjennomgå en situasjon med kollegaer kan etterkant kan hjelpe med å forstå hva jeg kanskje gjorde galt i tilnærmingen som gjorde sånn at atferden forverret seg. Informant C, sykehjem Y» (Simonsen & Helgesen, 2020).

Studien til Kong et al. (2021) viste at sykehjemmene må tilby videreutdanning og opplæring på fasilitetsnivå om personsentrert omsorg. Det skal evalueres og gi tilbakemeldinger etter utdanning og opplæring for både ansatte og pårørende. Det er for å forbedre kunnskap, forståelse, samarbeid og praksis hos ansatte. Gjerberg et al. (2013) viser i sin studie at flere deltakere rapporterte at de ansatte som benyttet bruken av tvang varierte med ansattes nivå av formell utdanning. Det var flere omsorgsassisterter som ikke har noen formell opplæring. Det var en forskjell i bevissthet om bruk av tvang. Studiedeltakerne fortalte at fagarbeidere var ansvarlige for å øke bevisstheten.

4.5.2 Bruke ressurser med riktig kompetanse

Syv av studiene forekommer i resultatene at ledelsen må bruke ressurser med riktig kompetanse (Gjerberg et al., Pedersen et al., 2013; Thorvik et al., 2014; Nakrem et al., 2019; Simonsen & Helgesen, 2020; Kong et al., 2021; Park et al., 2018). Strategier for å forebygge og unngå bruken av tvang tyder på at ulike typer sykehjemmens ressurser kan påvirke hvordan de ansatte håndterer utfordrende situasjoner. Studiedeltakerne fortalte at de ansatte var mer eller mindre eksplisitt, og visse forhold må være til stede for å lykkes med å gjennomføre alternative strategier. Forholdene beskrives for å hindre bruken av tvang innebærer må helsepersonell ha kjentskap til pasientene, og ha tilstrekkelige ressurser på organisasjonsnivå. Det krever sykepleiere med relevante kvalifikasjoner. Studiene fokuserte mest på forholdene knyttet til ressurser. Tid og kompetanse ble foretrukket i studiene og hvor

mye tid det ble brukt med riktig kompetanse. Studiedeltakerne fortalte at tvangstiltak ble brukt da sykehjem manglet tjenestetilbud som for eksempler manglende aktivitetstilbud eller bemanning (Gjerberg et al.; Pedersen et al.; 2013). Studien til Nakrem et al. (2019) fremhevet at for å legge til rette for ressurser som engasjement og endringskultur kan være det for å lykkes på sykehjemmet. Det er et tydelig ansvar for å forbedre omsorgspraksisen som kreves av alle som er engasjert på sykehjem. Studien viser resultatene at i årene som kommer vil det være økende pågang etter sykehjemstjenester av høy kvalitet:

“We generally have poor nurse coverage here and the flat hierarchy where everyone is supposed to do everything, like washing cupboards and windows, means that we are not able to do everything. So, this professional way of actually doing things is both in demand and overlooked.” (Nakrem et al., 2019)

Samfunnets helhet har behov for tiltak som kan styrke beboernes erfaringer med sykehjemstjenester. Det å bruke begrensede ressurser fornuftig og tilby tjenester som beboerne trenger. Studiene kommer frem til at det er nødvendig for eldreomsorgen både nasjonalt og internasjonalt av utfordringer er avhengig til bemanning, kunnskap og kontinuitet i personalgruppen (Simonsen & Helgesen, 2020; Park et al., 2018; Thorvik et al., 2014). Studien til Kong et al. (2021) viste at antall sykepleiere og omsorgsarbeidere per beboer er upassende nasjonale bemanningsstandarder. Det er ikke nok ansatte i forhold til antall beboere. Studiedeltakerne fortalte at det var mange beboere og mangel på tid som det var vanskelig med å implementere personsentrert demensomsorg.

4.5.3 Samarbeide mellom ledelsen og personale

Tre av studiene har et fellestrekk om godt samarbeid mellom ledelsen og personale (Nakrem et al., 2019, Kong et al., 2021, Park et al., 2018). Studien i Norge viste at ledelsen var ansvarlig for å gi opplæring til de ansatte som har behov for det. Det ville være økende høy kvalitet i sykehjemstjenester i fremtiden. Det krever kvalitetsstyring og videreutdanning av sykehjems ansatte som engasjerer seg i kvalitetsforbedringer i sykehjemstjenester. Det var åtte sykehjem i Midt-Norge og inkluderte 159 beboere (over 65 år) som ble valgt ut til intervensjonen. Barrierer som oppstår på kontinuitet i personalet og kompleksiteten i tjenesten er det ikke funnet bedre løsninger. Det er kravet for sykehjemstjenester av høy kvalitet i fremtiden. På individnivå viste at deltakernes læringsopplevelser var med på en personlig

utvikling og bidro til bedre ferdigheter. Studien viste at det er viktig at tilrettelegging for gjennomføring av en omsorgsmodell inkluderer CGA og case konferanser er støtten fra ledelsen (Nakrem et al., 2019).

På den annen studien i Sør-Korea viser at ledere på sykehjem må gi utdanning og oppmuntring og støtte for å forbedre de ansattes holdninger. Ledere må ta i betraktning at ansattes motstridende holdninger er viktige barrierer for å endre personalets omsorgspraksis. Dette trenger virkelig denne typen utdanning blant personsentrert demensomsorg og etter- og videreutdanning. En deltakelse fortalte:

«For å gi personsentrert omsorg for beboere med demens, burde omsorgsarbeidere har fått opplæring om personsentrert demensomsorg» (Kong et al., 2021).

Funnene i studien viste at sykehjemansatte opplever mange barrierer og ansatte har behov for å implementere personsentrert omsorg for pasientene. Det tyder videre at dette er et behov for mer legitim og økonomisk støtte på nasjonalt nivå og økonomisk som støtter på for å forbedre sykehjembemanningen for å få økt personsentrert demensomsorg. Dette for å få bedre kunnskap, forståelse, samarbeid og praksis i sykehjem. I studien kommer det frem at alle deltakerne forestiller seg at det er for lite antall sykepleiere og omsorgsarbeidere, og det er vanskelig med å implementere personsentrert demensomsorg (Kon et al., 2021).

På den andre studien fra Sør-Korea påpekte det at sykepleiere som manglet erfaring i sykehjem må få videreutdanning for å utvikle sine sykepleieutøvelser. Det krevdes å bygge et trygt miljø og emosjonell stabilitet med å beholde optimaliserte retningslinjer og standarder. Dette rammeverket ble avledet i dette arbeidet som kan gi grunnlag for å utvikle praktiske sykepleierstrategier, og gi utdanningsressurs for sykepleiere som har ingen erfaring med sykehjem. Studien fant i tema om ledelse; Opprettholde de gjenværende funksjonene og forebygge funksjonshemminger. (Park et al, 2018).

Del III – Diskusjon

Del 4 er delen som inneholder diskusjon av funnene, metodediskusjon, implikasjon for praksis og videre forskning, og konklusjon. I diskusjon kapittelet diskuterer jeg opp mot tidligere forskning og teorier. Med metodediskusjon inneholder styrker og svakheter med oppgaven. Der i implikasjon for praksis er inkludert hva jeg tenker videre om dette temaet. I konklusjon oppsummerer jeg utgangspunkt av de viktigste funnene i oppgaven.

5 Diskusjon

På bakgrunn av problemstilling vil jeg drøfte funnene knyttet opp mot teorier og tidligere forskninger.

Hvordan kan sykepleiere forebygge og unngå bruken av tvang hos eldre personer med demens med utfordrende atferd i sykehjem?

5.1 Vurdering av pasientens atferdsendring

Kompetanse om demenssykdom og utfordrende atferd, er fundamental for å kunne forebygge og unngå bruken av tvang. Det er det første grunnleggende behovet for å forstå eldre personer med demens. Det er elleve av studiene som kom frem at helsepersonell må kjenne pasientens livshistorie, sykehistorie, og individuelle fysiske og psykiske behov (Garden & Hauge, 2012; Gjerberg et al., 2013; Pedersen et al., 2013; Thorvik et al., 2014; Park et al., 2018; Choi & Choi, 2019; Hirakawa et al., 2019; Simonsen & Helgesen, 2020; Watson & Hatcher, 2021; Kong et al. & van Corven et al., 2021). Tvangsbruken i sykehjem har den grunnen at personalets mangel på kompetanse og kunnskap om demenssykdom (Garden & Hauge, 2012). Rokstads (2008) skriver om demenssykdom, kan deles inn i tre grupper. Demens symptomene kan utvikle seg i tre hoved grupper med forskjellige grad, svikt i kognitive funksjoner, atferdsmessige symptomer og motoriske symptomer. På den andre side Piirainen (2021) påpeker studien at utbedrende kompetanse kan bidra til å unngå bruken av tvang i sykehjem. Praktisk kunnskap, teoretisk kunnskap, terapeutisk bruk av selv, sosial kompetanse og selvledelse er et sentrale kompetanse mål for å forebygge bruken av tvang. Dette kan utdypes videre gjennom Gjerberg et al. og Pedersen et al. (2013) at helsetjeneste har behov for høy kompetanse og kunnskap for helsepersonell til dette problematiske området. Dette kan også betraktes fra en annen synsvinkel av Simonsen og Helgesen (2020) at høy kompetanse og god kunnskap kan bidra til en grundig vurdering til pasientenes atferdsendring. Rokstad (2008, s.

41) påpeker at svikt i kognitive funksjoner kan forekomme og at pasienten har redusert oppmerksomhet, hukommelse og problemløsning. Pasienter har ikke evnen til å forstå situasjonen og kan ikke utføre sine oppgaver. Pasienter har problem med læring og hukommelse eller mangler å venne seg til nye stimuli. Det er en vanlig tilstand at pasienter ikke kan huske navn på sine familiemedlemmer. Samtidig har noen pasienter muskelstyringsproblem som er en vanlig årsak ved demens. Pasienten kan ha nedsatt evnen til å kontrollere bevegelser i kroppen og har balanse svikt. Dette preger at pasienten har ingen kontrollmekanismene for naturlige funksjoner (s. 44).

Siden demenssykdommen kan forekomme til atferdsforstyrrelser med aggressiv atferd hos eldre personer med demens, er det kan påvirke kvaliteten på omsorg (Holst et al., 2017). Kartlegging og planlegging av pasientens utfordrende atferd er et hjelpemiddel for vurdering pasientens atferdsmessige tilstand og funksjonsstatus, men sykepleiere brukte kartleggingsskjemaet i liten grad når pasienter har atferdsforstyrrelser (Simonsen & Helgesen, 2020). Kognitive endringer i atferdsmessige knyttes etter hvilken sykdom som forårsaker til demenstilstanden, er det endringer i signalstoffene i hjernen kan føre til pasienten har depressive symptomer (Rokstad, 2008, s. 43). Det viser tydelig begrepet av atferdsmessige og psykisk symptomer ved demens i norsk faglitteratur forkortet som APSD, og den engelske forkortelsen er BPSD, Behavioural and psychological symptoms in dementia. De vanlig fysiske atferdsendringene er aggresjon, irritabilitet, vandring, uro, rastløs, roping, gråting, banning og repeterende handlinger. De vanlig psykiske atferdsendringene er vrangforestillinger, paranoia, hallusinasjoner, depresjon, søvnløshet og angst. Dermed er det viktigst at helsepersonell observerer pasientenes atferdsendringer som forekommer med psykiske symptomer. Pasientene har høy grad for å endre livssituasjonen som preger kommunikasjonsevnene (s. 181). Derfor er å vurdere pasientens atferdsendringer avhengig om at helsepersonell må ha innsamling av pasientens bakgrunn (se Figur 1). Det er for å vurdere riktige tiltak om hva som preger pasienten det skal bygges opp på pasientens informasjonsinnhenting (s. 190).

Kartlegging og planlegging av utfordrende atferd og følelsesmessige endringer, har innretning i flere elementer som helsepersonell kan bruke kartleggingsverktøy, finne somatiske årsaker til pasientens atferdsendringer, vurdere legemiddelbivirkninger og skape felles forståelse mellom pleiere. Der er de sykepleiere som skal analysere registreringsskjemaet (se vedlegg nr. 4) for atferd som innhenter data om pasientens atferdsendringer. I registreringen skal det

vises til type atferd og varigheten av atferden, tidspunkt på døgnet for atferdsendring og i hvilke situasjoner det oppstår. Slik kan helsepersonell registrere døgnvariasjoner på en oversiktlig og enkel måte med å bruke fargekoder i kartleggingsskjema (Rokstad, 2008, s. 186). På et annen skjema er skjemaet for utredning av demens og den følger nasjonale retningslinjer, Brief Agitation Rating Scale (BARS) er en kortversjon av Cohen-Mansfields Agitation Inventory (se vedlegg nr. 3). Det er et kartleggingsskjema for personer med demens som inneholder symptomer både aggressiv, ikke-aggressiv, fysisk og verbal agitasjon. Resultatet av skalaen kan gi bedre innsikt hvilke typer agitasjon pasienten plages med (Aldring og helse, 2021). Da er det viktig at håndteringen av utfordrende atferd er å bruke helsepersonell med rutinemessig strategier som gir plass til pasienten, bruk av medisiner, identifisere årsaker og omsorg til pasienten (Watson & Hatcher, 2021). På den andre siden bruke strategier for å gi god omsorg til urolige personer med demens, slik at ansatte benytter god kompetanse til hverandre (Thorvik et al., 2014).

Kompetanse om pasient- og brukerrettighetsloven § 4 A er viktig for å fatte riktig vedtak, det hadde flere pasienter som var feiltolket at det ble brukt tvang uten vedtak (Pedersen et al., 2013). Pasienten som har aggresjon og motsetter seg hjelp, da kan sykepleieren utføre tvangsbruk. Dette må være bruken av tvang for helsehjelp som er nødvendig i situasjonen for pasientens beste. Tvangstiltak skal vurderes av legen og tverrfaglig samarbeide etter lov om pasient- og brukerrettigheten i kapittel 4 A. En annen relevant studie viser at det ikke er mange ansatte med tilstrekkelig kunnskap om tiltak for å forbygge bruken av tvang. Dette er en utfordring for at omsorgspersonalet må ha kompetanse, for å vurdere pasienten i tråd med lovbestemmelsens hensikt og for å unngå bruken av tvang (Garden & Hauge, 2012). Dette kan utdypes videre gjennom i pasientrettighetsloven (lov av 1999-07-02 nr. 63 om pasientrettigheter), at det nye lovregler om bruk av tvang er åpent for en begrenset bruk av tvang overfor personer med demens (Johnsen & Smebye, 2008, s. 210). Pasientrettighetsloven avgrenser mellom pasienten som har samtykkekompetanse og ikke har samtykkekompetanse eller delvis. Helsepersonellet skal vurdere pasienten fra alder og psykiske tilstand i forhold for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelp. Dette er en grunn og viser tydelig i pasientrettighetsloven for pasientsikkerhet at helsepersonell skal etablere pasientens muligheter til å samtykke på egne vegne (s. 214). Videre beskriver vilkår for representert for samtykke etter § 4-6 andre ledd at helsehjelp skal være bruk til et alvorlig inngrep for å beskytte pasienten, og det må være til pasientens beste. Samtidig må helsepersonell vurdere pasientens antatte vilje og for sannsynligheten at pasienten ville samtykket selv som er

samtykkekompetent. Det er viktig at helsepersonell innhenter informasjon om pasientens vilje fra nærmeste pårørende. For å sikre til at pasientens beste skal helsehjelpen besluttes av den som er ansvarlig sykepleier eller legen. På tross av må beslutningen tas i samarbeide med en annet kvalifisert helsepersonell, og det skal dokumenteres i journalen til pasienten og at de nærmeste pårørende får informasjon om hva annet kvalifisert helsepersonell hadde oppfatning av (Johnsen & Smebye, 2008, s. 217).

Derfor er det viktig å fatte vedtak om tvang etter kapittel 4 A i pasientrettighetsloven, skal helsepersonell ha kompetanse om nødvendig somatisk helsehjelp som tilknyttes til pasienter som ikke har samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelp. Nødvendig helsehjelp skal gis for å hindre vesentlig helseskade og å forebygge med samtidig og avgrense bruken av tvang. Dette er åpent for at pasient og nærmeste pårørende kan klage til Statsforvalteren på et vedtak om tvang. Det er for vedtak som varer lenger enn tre måneder, skal Statsforvalteren vurdere om det fortsatt er behov for helsehjelp. For vedtak om innlegging og tilbakehold i institusjon som varer lenger enn tre måneder, kan pasienten eller nærmeste pårørende bringes inn for retten (Statsforvalteren, 2021).

5.2 Tilrettelegging av det fysiske og sosiale miljøet

Personsentrert tilnærming i disiplin kan redusere pasientens aggresjon med forebyggende strategier, og aggresjon er en mellommenneskelig utfordring som forekommer med demenssykdom (Duxbury et al., 2013). Forskninger viser at øket kunnskap om personsentrert tilnærming til helsepersonell kan det gi mulighet for å redusere bruken av tvang i sykehjem. Dette er i tråd med rådende teorier om personsentrert omsorg som har mening med mellommenneskelige tilnærminger (Garden & Hauge, 2012; Gjerberg et al., 2013; Thorvik et al., 2014). Dette er en grunn til at personsentrert tilnærming har bedre effektiv enn å benytte medikamenter, og samtidig er det viktig at helsepersonell fokuserer på det fysiske og sosiale miljøet på sykehjem (Watson & Hatcher, Kong et al.; 2021).

En annen relevant studie viser at personsentrert omsorg er en nødvendig kunnskap for personer med demens som har atferdsforstyrrelser (Simonsen & Helgesen, 2020). En annen relevant studie viser at eldre personer med demens med utfordrende atferd, avhenger av en kompleks kunnskap som legger vekt på personsentrert omsorgsteori av Tom Kitwood

(Nybakken et al., 2018). Dette kan utdypes videre gjennom Tom Kitwoods omsorgsteori, han er en sosialpsykolog som har utviklet personsentrert omsorgsteori. Han har etablert Dementia Care Mapping (DCM), det er en kartlegging for demensomsorg. Han skriver i Dementia Care Mapping «*et seriøst forsøk på å innta perspektivet til personen med demens ved å bruke en kombinasjon av empati og observasjonsferdigheter*» (Brooker, 2013, s. 14). For å kunne vise den viktigste meningen i personsentrert omsorg er at alle personer med demens, skal ha opplevelser i ulike grader av trivsel og mistriivsel. Dette påpeker Tom Kitwood frem at personsentrert omsorg omfatter at pasienten gir atferden en mening. Det er en grunn at omsorgsmiljøer må støttes opp om personverdet og i stor grad av trivsel og sosial trygghet hos personer med demens (Brooker, 2013, s. 12). Derfor har personsentrert omsorg utvidet til VIPS-rammeverket. Hovedelementer til VIPS-rammeverket er verdigrunnlag for mennesket uavhengig av alder eller kognitiv funksjon, Individuell tilnærming for hvert enkelt menneske, personens perspektiv til personen med demens og støttende sosialt miljø som inkluderer på personens psykologiske behov (s. 88). I det VIPS-rammeverket utgjøres at helsepersonell skal behandles alle pasientene med respekt, og pasientene skal oppleve varme og aksept i omsorgsmiljøet. Samtidig har helsepersonell ansvar slik at pasientene har mulighet å delta i egenomsorg og aktiviteter. Det er å støtte et sosialt miljø er avgjørende til å bevare pasientenes personvern. Videre påpeker Tom Kitwood at personsentrert omsorg gir en kontekst av mellommenneskelige relasjoner (s. 63).

Empowerment rammeverk er det grunnleggende for det sosiale miljøet, og forbedret selvtilliten kan gi meningen med livet til eldre personer med demens i sykehjem. For at de er rastløst på grunn av mangel på sosiale aktiviteter (Hirakawa et al., 2019). På den ene siden viser det at å bli akseptert og respektert skaper grunnlag for å innføre tiltak for å styrke eldre med demens, det innebærer for både å støtte og begrense pasientens valg og behov (van Corven et al., 2021). Dette kan utdypes videre gjennom Eide og Eide (2007, s. 19) at Empowerment rammeverk antyder på å møte pasienten med respekt og ta pasientens på alvor, men samtidig hjelpe pasienten i beslutningsprosesser. Deretter forekommer det at trygghet og tillit kan skape en og god relasjon og en god samarbeidsvilje mellom pasientene og helsepersonell (s. 220). Det er slik at helsepersonell kan sette seg inn i situasjonen til pasienten, og benytter fysisk miljø daglig for å skape en relasjon til pasienten, det kommer til å hjelpe pasienten har gode opplevelser (Brooker, 2013, s. 49).

5.3 Tiltak for å forebygge bruken av tvang

Studien viser at tillitsskapende tiltak er en nødvendighet som må benyttes før helsepersonell bruker tvang hos eldre personer med demens, og det er et grunnleggende krav i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A. Dessuten er det et sentralt vilkår at tillitsskapende tiltak må være forsøkt før tvang blir brukt for at helsehjelpen må være nødvendig (Pedersen et al., 2013). Videre må helsepersonell etablerere et godt forhold som fører til pasienten får trygghet i alle situasjoner, og da kan skape et tillitsfullt forhold som kan forebygge og unngå bruken av tvang. Dette er for pasientenes rettssikkerhet og for helsepersonell som gir pleie til pasienten som motsatte seg hjelp. På tross av å bygge tillitt kan det føre til pasientens begrensning av valg i spesielle situasjoner (Gjerberg et al., 2013). For å overholde optimaliserte retningslinjer og standarder til omsorg, kreves det at helsepersonell skaper et trygt miljø og emosjonell stabilitet hos pasientene (Park et al., 2018). Siden tillitsskapende tiltak er lovens formulering i kapittel 4 A-3 første ledd, vil kunne brukes til den pasienten som motsetter seg hjelp (Johnsen & Smebye, 2008 s. 220). Helsepersonell har plikt til å møte pasientene på en trygghetsskapende og tillitvekkende måte, da pasienten kan oppleve situasjonen både truende og forvirret på grunn av sin tilstand. Derfor er det viktig å vise et positivt kroppsspråk av helsepersonell som kan føre til pasientens trygghet (Munch, 2008, s. 318).

Kommunikasjon og holdninger er en betydelig faktor som kan gi kvalitetspleie for både personer med demens og med vedvarende vokalisasjoner (Sefcik et al., 2020). Altså med pasienter i akutte medisinske behandling som krever god kommunikasjon der pasientens opplevelser blir utfordrende atferd (Yous et al., 2019). For den andre studien kommer frem til at helsepersonell må unngå å møte eldre personer med demens hvis personalet har negative holdninger (Simonsen & Helgesen, 2020). Med andre ord kan det være at pasientens kommunikasjon gir uttrykke gjennom kroppsspråk som lyder, rynkete øyebryn, kroppsholdning og urolige bevegelser (Thorvik et al., 2014). Derfor er kommunikasjon hos eldre personer med demens en grunnleggende egenskap for å kommunisere og forstå pasientene. Pasienten kan gjenta flere ganger om de sammen spørsmålene, men helsepersonell har plikt til å lytte med tålmodig for å gi trygghet (Hirakawa et al., 2019). Da er det viktigst at helsepersonell må snakke tydelig og langsomt med pasienter, bruker kroppsspråk for å støtte opp det verbale budskapet og unngå unødvendig informasjon. Helsepersonell må forsøke miljøbehandling til eldre personer med demens som deles inn i fire prinsipper med ikke-verbale kommunikasjon skal helsepersonell snakke tydelig og langsom, verbal kommunikasjon

skal bruke begrensning til korte og langsomme instruksjoner, Handling og aktivitet inngår som planlegging og individuelle aktiviteter som unngå aktiviteter valg, og indirekte behandling inngår at pasienten får tilbud om mestringsorientert, bistand, psykoterapi eller avlastning (Rokstad, 2008, s. 192).

På den andre studien viser det til at positive holdninger hos sykepleiere til eldre personer med demens, er et grunnlag for eldreomsorg (Choi & Choi, 2019). Likevel er det trygghet av sykepleiere som kan påvirke og gi effektiv lindring av symptomer som kan redusere bruken av antipsykotika (Watson & Hatcher, 2021). Tvert imot var det mange ansatte som hadde feilkommunikasjon med både pårørende og eldre personer med demens som forhindrer helsepersonell implementering av personsentrert omsorg (Kong et al, 2021). Da er det personer med svært alvorlig demens som krever god kommunikasjonen viktigere enn pasientens velvære. På grunn av kommunikasjon er i høy grad av en svekket kognisjon funksjon hos eldre personer med demens (Wogn-Henriksen, 2008, s. 107, 108). Derfor må helsepersonell ta hensyn pasientens opplevelsesperspektiv gjennom en empatisk tilnærming og vurdere hver enkelte pasientens situasjon (Rokstad, 2008, s. 183). Da er det eldre menneskers sårbare og aldringsprosessen som kan angi kommunikasjonsevnen, spesielt med de som har tapt av syn og hørsel (Eide & Eide, 2007, s. 383). Derfor kan det være noen ganger pasientens roping er en type kommunikasjon eller selvstimulering (s. 375) Det er viktig at helsepersonell må snakke med pasienter i korte og enkle setninger når det er behov for det, å bruke kjente ord og uttrykk ikke skifte tema for raskt (s. 384). For eldre personer med demens stilles det krav til sykepleiere at de må ha evne til empati og kommunikasjon (s. 391).

5.4 Ledelsen ansvar i sykehjemmet

På grunn av en individuell tilnærming til eldre personer med demens er forskjellige unike behov. Derfor er det obligatorisk og bevisbasert opplæring på personsentrert tilnærming for alle ansatte (Nybakken et al., 2018). Der er det sammenhenger mellom ledelse og effekten av utfordrende atferd på mestring på arbeidsplassen. Det var tidligere de hadde lite informasjon om kompetanse til sykepleierne i demensomsorgen (Piirainen et al., 2021). Det viktigste er at både intern, ekstern opplæring og kollegaveiledning settes i system for å øke kompetanse hos helsepersonell for å forebygge bruken av tvang hos pasienten. Der er det altså viktig med

gode erfaring fra kollegaer som kan benytte til omsorgstiltak (Garden & Hauge, 2012). Det er første årsaken til at det var mange ansatte som ikke hadde deltatt i undervisning om den nye tvangslovgivningen fra Helsetilsynet i fylkene. For den andre årsaken er at ufaglærte som jobbet nærmest pasientene mangler opplæring om demensomsorg. For den tredje årsaken viser at noen ansatte det er kjedelig på kurs og undervisning (Pedersen et al., 2013).

Tvert imot med den andre studien viser det at studiedeltakernes erfaringer med personlig utvikling og bedre innsikt på individuelt nivå, og kvalitetsforbedringer i sykehjem er knyttet til «*Aldring og eldre helse*» (Nakrem et al., 2019). Dette er for å forstå pasientens atferd, må helsepersonell støtte hverandre i hverdagen og benytte kollegaveiledning og refleksjon på arbeidsplass (Simonsen & Helgesen, 2020). Derfor er det viktig at sykehjemmene må tilby videreutdanning og opplæring om personsentrert omsorg til alle ansatte. Dette er for å forbedre kunnskap, forståelse, samarbeid og praksis hos ansatte (Kong et al., 2021). Det er sammen med en studie som viser at støtte er viktig informasjon om valg av hvordan kunnskap om den opplæringen blir brukt, og kan gjennomføre hele behandlingen (Holle et al., 2020). Forresten viser det i en studie at det er mange omsorgsassistenten som ikke har noen formell opplæring, men at fagarbeidere er ansvarlige for å øke bevisstheten (Gjerberg et al., 2013). Innenfor kompetanseutvikling gir det mulighet til personale til å tilegne seg praktiske ferdigheter, og tilgang til å reflektere over sin samhandling med pasientene. Videre kan det og ha veiledning mellom kolleger eller mer tilrettelagte veiledningstilbud der de har felles refleksjon som er et hovedtema (Rokstad, 2008, s. 341, 343). Dermed kreves det at faktakunnskap må oppdateres gjennom utvikling bruk av kurs, systematisk internundervisning og etter- og videreutdanning. Samtidig må enheter etableres for ulike former for veiledning, studiegrupper og refleksjonsgrupper. Dessuten er det viktigste at systematisk kompetanseutvikling innen demensfeltet må forbedre og gjøres utbredt i hele landet (s. 348).

Siden med å øke bemanningen kan gi god kontinuitet i omsorg og har mye betydninger hos eldre personer med demens i akutte medisinske behandlinger (Yours et al., 2019). Manglende ressurser kan påvirke de ansattes muligheter til å bruke sin makt på en produktiv måte til å benytte tvang (Gjerberg et al. & Pedersen et al.; 2013). På den andre studien vises det for å legge til rette for ressurser med riktig kompetanse som kan være med på å lykkes på sykehjemmet. Derfor er viktig med å bruke begrensede ressurser fornuftig og tilby tjenester som pasientene har behov for. Samtidig er det ledelsen som har ansvaret for å gi opplæring til de ansatte som mangler kompetanse for å øke høy kvalitet i sykehjemstjenester i fremtiden

Derimot med studien til (Nakrem et al., 2019) er det både nasjonalt og internasjonalt at sykehjem er avhengig av bemanning, kunnskap og kontinuitet i personalgruppen (Simonsen & Helgesen, 2020). Da viser det i en studie at sykepleiere og omsorgsarbeidere per beboer er upassende nasjonale bemanningsstandard, og det er mange beboere som fører til at det er mangel på tid. Det er altså ledere som må ta stilling og støtte ansatte for å forbedre de ansattes holdninger. Fordi det er viktige barrierer for å endre personalets omsorgspraksis (Kong et al., 2021). Forresten er det hovedfokus at sykepleiere som manglet erfaring i sykehjem skal få tilbud om utdanning for å utvikle sine sykepleieutøvelser (Park et al., 2018).

Videre beskriver Brooker (2013) at organisasjonen eller sykehjem må ha en visjon og planlegging om personsentrert omsorg for opplæring. Denne visjonen viser seg på VIPS-rammeverket (Brooker, 2013, s. 88). Rammeverket legges vekt på verdigrunnlag, individuell tilnærming, persons perspektiv og støttende sosialt miljø. Ledelsen må etablere ordninger som sikre at personale føler seg vedsatt av arbeidsgiveren. På tross av at ledelsen er forpliktelsen til å kvalifisere ansatte i denne avdelingen. Samtidig skal sykehjem ha systemer som kan bidra til å utvikle ansattes kompetanse blant personsentrert omsorg. Derfor er det viktig for ledelsen som skal sikre kontinuerlig kvalitetsforbedring som er basert på erfaring til og ivaretagelse av pasientens behov. Tjenesten må lage en plan for hver person som knyttes til individuelle tiltaksplaner. Individuell plan skal evalueres regelmessig. Helsepersonell skal bli kjent med pasientens behov både i daglig interesser og personlige eiendeler som pasienten bruker i hverdagen. Avdeling skal lage rutiner der alle ansatte blir kjent med pasientens livshistorie og sentrale historier hva som gir pasienten mest lykke. Da skal helsepersonell bruke denne informasjonen som et hjelpemiddel for å gi best mulig livskvalitet til pasienten hverdag. Videre skal helsepersonell fokusere på om aktivitetstilbud som er tilpasset til enhver pasient. Dermed skal helsepersonell bruke fysisk miljø daglig for å skape en relasjon til pasienten og med det trygghet (s. 48). Alle ansatte må få opplæring om personsentret omsorg som kan vise empati for pasientene. På en annen studie påpeker at det har sammenheng mellom ledelse og helsepersonell samarbeider for å gi mestring på arbeidsplassen. Det er svært viktig at sykepleiere kan identifisere og modifisere personlige, mellommenneskelige og konsekvenser av pasientens atferd. Pasientens tekstdata om atferds vurdering og omsorgsplan, er en av evalueringsdatasettet i sykehjem (Piirainen et al., 2021).

5.5 Metodediskusjon

Studien har en kvalitativ metode ved hjelp av litteraturstudies systematiske tilnærming for å besvare mitt forskningsspørsmål. Metoden inkluderer introduksjon, metodebeskrivelser, resultater og diskusjon. I introduksjonen har jeg presentert en problemstilling, teorier og tidligere forskning. I metoden som er beskrevet om litteraturstudie, søkestrategien og hvordan det ble et utvalg av de tolv artiklene jeg utarbeidet. I funn del presenterer jeg de viktigste resultatene som kom frem i hovedtema og undertema. Studien benyttet metoden som har sammenfattet allerede flere eksisterende forskninger og litteratur som omhandler mitt tema. På den måten kan min studie danne grunnlag for videre forskning på området.

Fokusgruppeintervju og individuelle intervju er andre metoder som kunne vært å se på geriatriksykepleierens rolle i møte med eldre personer med demens og utfordrende atferd. Dersom jeg hadde valgt fokusgruppeintervju kunne både leger og geriatriksykepleiere blitt inkludert. Både Fokusgruppeintervju kunne belyst legers og geriatriksykepleieres oppfatning av rollen geriatriksykepleieres som har med tvangsbruken hos eldre personer med demens. Men for individuelle intervju ville kanskje geriatriksykepleiere individuelle oppfatning av deres rolle med tvangsbruken hos eldre personer med demens blitt belyst bedre. Jeg har benyttet hermeneutiske fortolkinger da jeg skulle finne frem meninger og opplevelser av sykepleiere og omsorgsarbeidere. For å fange opp resultatene har jeg lest gjennom tekster flere ganger og da knyttet jeg meg opp den hermeneutiske tradisjon. Det er å forstå teksten i alle de tolv artiklene som var inkludert, og jeg prøvde å forstå meninger av studiedeltakerne.

5.5.1 Styrker og svakheter med oppgave

Aveyard (2019, s. 102) skriver at systematisk litteraturstudie har store og detaljerte søk for å finne relevante artikler for studien. Derfor er det viktig at forskeren identifiserer og styrker svakheten av sin studie. En svakhet når det gjelder min metode er at jeg benyttet meg av tidligere studier som har gjort for de siste ti årene. Det kunne vært nyttig hvis jeg kunne finne flere nyere forskninger på temaer jeg fokuserer på. Selv om jeg har begrenset søket på ti år, men jeg har strevd mye med å finne studier som kan stemme overens til mitt forskningsspørsmål. Jeg er bevisst på at jeg er en uerfaren forfatter innenfor metoden. Likevel har jeg prøve å strukturere og systematisk jobben med søkeprosessen og utvelgelsen av artiklene. Et annet positivt aspekt er at jeg og mine veiledere har vurdert artiklene sammen.

Underveis i oppgaven har jeg hatt gode diskusjoner om masteroppgavens oppbygning med mine veiledere.

En styrke er at jeg har brukt flere databaser for å støtte mitt litteratursøk. Jeg valgte å inkludere kvalitativ forskning da jeg ønsket å se på hva disse forskningene hadde å si om sykepleiere som kan forbygge og unngå bruken av tvang hos eldre personer med demens. Likevel har jeg lært mye i denne søkeprosessen og sitter igjen med en større forståelse for hvordan jeg kan jobbe kunnskapsbasert og hvor viktig sykepleiere er for å forebygge bruken av tvang hos eldre personer med demens.

6 Konklusjon

Forebygging av tvangsbruken i sykehjem er en sammensatt og kompleks prosess. Jeg ønsket i denne oppgaven kan belyse at sykepleiere har et viktig ansvar, og krevende rolle for å forebygge bruken av tvang hos eldre med demens med utfordrende atferd i sykehjem. Studiene har vist at sykepleieren har en sentral rolle og et stort ansvarsområde ved tvangsbruken i sykehjem. I studien kommer det frem at en viktig oppgave sykepleieren har er å vurdere pasientens atferdsendring. For å vurdere pasienten, skal sykepleieren ha kompetanse om vurdering og hvordan pasienten har utviklet atferdsendring. Her kreves det at sykepleieren har kompetanse om demenssykdom og atferdsendring, samt kompetanse om lov pasient- brukerrettigheten § 4 A. Studiene viser videre at for å få tilstrekkelig omsorg, skal sykepleieren gi tilrettelegging av det fysiske og sosiale miljøet som å tilpasse det for hver enkelt pasient. Videre har sykepleieren en rolle i det tverrfaglige teamet ved å vurdere og fatte vedtak om tvang hvis det har behov. Før sykepleieren fatter vedtak om tvungen, skal de prøve å benytte tillitsskapende tiltak før tvang ble brukt. I studien kommer det frem om tilrettelegging og tiltak gjelder det med flere teorier som personsentrert omsorg, Empowerment rammeverk, tillitsskapende tiltak, kommunikasjon og holdninger. Det er forresten det som kommer frem når det gjelder ledelsens ansvar i et sykehjem. Dette er en viktig grunn for å forebygge tvangsbruken i sykehjem da ledelsen kjenner hvorvidt det er viktig å gi opplæring til helsepersonella som mangler kompetanse i sykehjem. Det er ikke minst, men med godt samarbeid mellom ledelsen og personale som er viktig for å få minst mulig bruk av tvang hos eldre med demens. Samtidig er det med å bruke ressursene og riktig kompetanse når den spesielle situasjonen krever det.

6.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Denne studien kan komme frem til økt fokus blant sykepleiere når det gjelder forebygging og bruk av tvang på sykehjem. Studien kan bidra til å fokusere på den sentrale rollen sykepleieren i demensavdeling har for å unngå bruken av tvang. Samtidig har studien belyst viktigheten med ledelsen samarbeid samt oppnåelse av felles forståelse under forebyggende bruk av tvang. Videre viser studien viktigheten med den personsentrert omsorg som er en godt kjente omsorgsteori, og regjeringen har lagt vekt på den teorien i demensplan 2025 som har hovedfokus for eldre personer med demens. På disse resultatene ville være å ha bedre

innsikt med de problemene som kan oppstå for videre forskning i fremtiden. På sikt har jeg et sterkt ønske om at demensavdelingen min implementerer retningslinjer for personsentrert omsorg slik at både sykepleiere, hjelpepleiere og ufaglært kan forstå mere og kan gi en god omsorg til pasientene, og at pasientene kan ha livsglede og livskvalitet hver dag.

Referanser

Aldring og helse. Nasjonalt senter (2021, 29. april). Skalaer og tester: Oversikt:

<https://www.aldringoghelse.no/skalaer-og-tester/>

Aveyard, H. (2019). Doing a literature review in health and social care : a practical guide (4 utg.). Open International Publishing LTd.

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Brooker, D. (2013). Personsentrert Demensomsorg. Veien til bedre tjenester: Forlaget Aldring og helse.

Bjørn, H. S., m.fl. (2021). Demens. Folkehelse rapporten. Folkehelseinstituttet. Fhi.no

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>

Choi, Y-J. & Choi, H-B. (2019). Nurses' Positive Experiences in Caring for older Adults with dementia: A Qualitative Analysis. *Journal of Gerontological Nursing*, 45(1), 31-37. <https://doi-org.mime.uit.no/10.3928/00989134-20190102-05>

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014.10.10). Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk: Forskningsetikk.

<https://www.forskningsetikk.no/om-oss/komiteer-og-utvalg/rek/>

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2021.15.02). Helse forskningslovens saklige virkeområde: Forskningsetikk.

<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/helseforskningslovens-saklige-virkeomrade/>

Duxbury, J., Mphil, DP., Hadi, M. & Sykes, S. (2013). Staff and relatives' perspectives on the aggressive behavior of older people with dementia in residential care: a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(9), 792-800. <https://doi.org/10.1111/jpm.12018>

Eide, H. & Eide, T. (2016). Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, Konfliktløsning, Etikk. (2 utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Engedal, K. & Tveito, M. (2019). Demens og Miljøterapi. Alderspsykiatri. (1 utg.) Tønsberg: Aldring og helse.

Garden, H., & Hauge, S. (2012). Kampen for pasientens beste – sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang over for personer med demens. *Nordic Journal of Nursing Research*, 32(4), 18-22. <https://doi.org/10.1177/010740831203200405>

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

Helsebiblioteket (2021). Alle databaser. Systematisk oversikt: sjekklister. Folkehelseinstituttet. <https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/?index=0>

Helsebiblioteket (2021.03.06). Systematisk oversikt: kunnskapsbasert praksis. Folkehelseinstituttet. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/systematisk-oversikt>

Helse- Og omsorgsdepartementet. (2020). Demensplan 2025: Regjering. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2025/id2788070/>

Hirakawa, Y., Yajima, K., Chiang, C. & Aoyama, A. (2019). Meaning and practices of spiritual care for older people with dementia: experiences of nurses and care workers. *PSYCHOGERIATRICS. The Official Journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 20 (1), 44-49. <https://doi-org.mime.uit.no/10.1111/psyg.12454>

Holle, D., Teupen, S., Graf, R., Müller-Widmer, R., Reuther, S., Halek, M. & Roes, M. (2020). Process evaluation of the response of nursing home to the implementation of the dementia-specific case conference concept WELCOM-IdA: A qualitative study. *BMC Nursing*, 19 (14). <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-020-0403-6#main-content>

Holst, A. & Skär, L. (2017). Formal caregivers' experiences of aggressive behavior in older people living with dementia in nursing homes: A systematic review. *International Journal of Older People Nursing*, 12(4).

<https://doi.org/10.1111/opn.12158>

Johnsen, L. & Smebye, K. L. (2008). *Bruk av tvang i demensomsorgen: Personer med demens. Møte og samhandling*. (1. utg.) Akribe AS.

Kang, B., Karel, M.J., Corazzini, K.N. & McConnel, E.S. (2021). A mixed methods study on the manifestations of behavioural symptoms of dementia among veterans with and without posttraumatic stress disorder. *JAN Leading Global Nursing Research*, 77(7), 3176-3188. <https://doi.org.mime.uit.no/10.1111/jan.14864>

Kong, E-H, Kim, H. & Kim, H. (2021). Nursing home staff's perceptions of barriers and needs in implementing person-centred care for people living with dementia: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.15729>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *DET KVALITATIVE FORSKNINGSGRUNDLAGET*. (3. utg.). Gyldendal akademisk.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative: Forskningsmetoder for Medisin og Helsefag*. (4. utg.): Universitetsforlaget.

Munch, M. (2008). *Marte Meo som veiledningsmetode*. Personer med demens. Møte og samhandling (1. utg.): Arkribe AS

Nakrem, s, Stensvik, G-T, Skjong, R. J. & Ostaszkiwicz, J. (2019). Staff experiences with implementing a case conferencing care model in nursing homes: a focus group study. *BMC Health Services Research*, 19(1):191. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4034-0>

Nybakken, S., Strandås, M. & Bondas, T. (2018). Caregivers' perceptions of aggressive behaviour in nursing home residents living with dementia: A meta-

ethnography. *JAN Leading Global Nursing Research*, 74(12), 2713-2726.

<https://doi.org/10.1111/jan.13807>

Park, M-S., Lim, S-Y., Kim, E-Y., Lee, S-J. & Chang, S-O. (2018). Examining practical nursing experiences to discover ways in which to retain and invigorate the remaining functions of the elderly with a demented and complex disability in nursing homes. *Japan journal of nursing science*, 15 (1), 77-90. <https://onlinelibrary-wiley-com.mime.uit.no/doi/10.1111/jjns.12174>

Pedersen, R., Hem, M. H., Gjerberg E. & Førde, R. (2013). Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 133, 1935-9.

<https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.0237>

Piirainen, P., Pesonen, H-M., Kyngäs, H. & Elo, S. (2021). Challenging situations and competence of nursing staff in nursing homes for older people with dementia. *International Journal of Older People Nursing*, 16(5), e12384.

<https://doi-org.mime.uit.no/10.1111/opn.12384>

PRISMA. (2021). Transparent reporting of systematic reviews and meta-analyses: PRISMA-STATEMENT. <http://www.prisma-statement.org>

Rokstad, A. M. M. & Smebye K. L. (2008). *Personer med demens. Møte og samhandling* (red.): Akribe AS.

Sefcik, J. S., Ersek M. & Cacchione, P. Z. (2020). Nursing home residents with advanced dementia and persistent vocalisations: Observations of surrounding context. *International Journal of Older People Nursing*, 15(4).

<https://doi.org/10.1111/opn.12322>

Simonsen, M. & Helgesen, A. K. (2021). Utfordrende atferd hos personer med demens i forsterket skjermet enhet på sykehjem – sykepleieres erfaringer. *Sykepleien Forskning*. <https://10.4220/Sykepleiens.2021.86889>

Statsforvalteren. (2021). Tvang. Helse, omsorg og sosialtjenester: Statsforvalteren.
<https://www.statsforvalteren.no/nb/portal/Helse-omsorg-og-sosialtjenester/Tvang/>

Strand, B. H., m.fl. (2021.23.02). Folkehelseinstituttet. Demens: FHI.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>

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

UNIT (2021.04.11). Oria søketjeneste. Units tjenesteleveranser: UNIT
<https://www.unit.no/tjenester/oria-soketjeneste>

Van Corven, C. T. M., Bielderma, A., Wijnen, M., Leontjevas, R., Lucassen, P. L. B. J., Graff, M. J. L. & Gerritsen, D. L. (2021). Defining empowerment for older people living with dementia from multiple perspectives: A qualitative study. International Journal of Nursing Studies, 144:103823. <https://10.1016/j.ijnurstu.2020.103823>

Watson, K. & Hatcher, D. (2021). Factors influencing management of agitation in aged care facilities: A qualitative study of staff perceptions. Journal of Clinical Nursing, 30 (1-2), 136-144. <https://onlinelibrary-wiley-com.mime.uit.no/doi/10.1111/jocn.15530>

Wong-Henriksen, K. (2008). Kommunikasjon. Personer med demens. Møte og samhandling. (1. utg). Akribe AS.

World Health Organization. (2021.02.09). Dementia. WHO.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Yous, M-L., Ploeg, J., Kaasalainen, S., & Martin, L. S. (2019). Nurses' Experiences in Caring for older Adults With Responsive Behaviors of Dementia in Acute Care. SAGE Open Nursing, 24(5). <https://10.1177/2377960819834127>

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2021.15.02). Helse forskningslovens saklige virkeområde. Forskningsetikk.

<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/helseforskningslovens-saklige-virkeomrade/>

Vedlegg 1 søkehistorisk

Søkehistorisk fra september 2021 – februar 2022

Søkeord	Dato	Databaser	Kombinasjoner	Treff
Dementia, nurse, nursing home, qualitative study, challenging behaviour, forced, older people, qualitative study	09.10	Cochrane Library	Nurse OR nursing	124
	09.10		home OR experience	298
	10.10		OR older OR older	206
	17.10		patient OR dementia	418
Coercion, dementia, experience, nurse, avoid, forced, prevent, behaviours, qualitative study, research method, nursing home	13.09	PubMed	AND dementia OR	67
	04.11		coercion OR avoid	102
	30.01		OR forced OR	206
	18.02		prevent OR avoid	78
Forced, agitation, aggression, dementia, nurse, patients, elderly, patients, challenging behaviour, qualitative methods	18.10	CINAHL	AND agitation OR	566
	27.10		dementia OR elderly	1 103
	29.10		OR challenging behaviour OR qualitative methods	376
Dementia, nurse, experience, avoid, nursing home, qualitative methods	29.11	MEDLINE	AND nursing home OR avoid OR experience OR nurse OR qualitative methods	114
demens, utfordrende atferd, sykehjem, depressive, forebygge, unngå, demens, tvangstiltak, kvalitative metode	15.09	Oria	AND demens OR	34
	18.09		nursing home OR	84
	20.09		utfordrende atferd OR	22
	04.11		tvangstiltak OR kvalitative metode	28

Vedlegg 2 Fullstendig litteraturmatrise

Oversikt over inkluderte studier

Nr.	Første forfatter/År Land	Database	Tittel	Datainnsamling	Kontekst	Deltakere
1	Garden & Haugen (2012) Norge	Oria	Kampen for pasientens beste – sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens	Individuelle dybdeintervju	8 forskjellige sykehjem i 3 fylker: 7 fra demensavdeling, 1 fra somatisk langtidsavdeling	8 sykepleiere
2	Gjerberg et al. (2013) Norge	PubMed	How to avoid and prevent coercion in nursing home: A qualitative study	Fokusgruppe	5 sykehjem i Sør-Norge	60 helsepersonell og ufaglærte
3	Pedersen et al. (2013) Norge	Oria	Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning	Fokusgruppe	5 sykehjem i 4 kommuner på Østlandet	65 helsepersonell og ufaglærte
4	Thorvik et al. (2014) Norge	Oria	God omsorg for urolige personer med demens	Observasjoner, samtaler	Sykehjem med flere avdelinger for personer med demens på Østlandet	13 helsepersonell
5	Park et al. (2018) Sør-Korea	PubMed	Examining practical nursing experiences to discover way in which to retain and invigorate the remaining function of the elderly with a demented and complex disability in nursing homes	Individuelle dybdeintervju	11 forskjellige sykehjem i Sør-Korea	29 sykepleiere
6	Nakrem et al. (2019) Norge	PubMed	Staff experiences with implementing a case conferencing car model in nursing home: a focus group study	Fokusgruppe	4 sykehjem	18 sykepleiere 1 hjelpepleiere

7	Choi et al. (2019) Sør-Korea	CINAHL	Nurses' Positive Experiences in Caring for older Adults with dementia: A Qualitative Analysis	Individuelle dybdeintervju	Sykehjem og geriatriske sykehus I Seoul og Gyeonggi-do i Sør-Korea	13 sykepleiere
8	Hirawawa et al. (2019) Japan	PubMed	Meaning and practices of spiritual care for older people with dementia: experiences of nurses and car workers	Individuelle intervju	Aichi-prefekturet I det sentrale Japan	5 sykepleier, 13 omsorgsarbeidere
9	Simonsen & Helgesen (2020) Norge	Oria	Utfordrende atferd hos personer med demens i forsterket skjermet enhet på sykehjem – sykepleieres erfaringer	Individuelle intervju	2 forsterkede skjermede enheter i Norge	4 sykepleiere
10	Watson & Hatcher (2021) Australia	CINAHL	Factors influencing management of agitation in aged care facilities: A qualitative study of staff perceptions	Individuelle intervju	2 sykehjem I storbyområdet I Sydney	11 omsorgspersonale
11	Kong et al. (2021) Korea		Nursing home staff's perceptions of barriers and needs in implementing person-centred care for people living with dementia: A qualitative study	Individuelle dybdeintervju	6 sykehjem I Korea	24 sykepleiere, 24 hjelpepleiere - omsorgsarbeidere
12	van Corven et al. (2021) Nederland	Pubmed	Defining Empowerment for older people living with dementia for multiple perspectives: A qualitative study	Fokusgruppe - intervju	Sykehjem I Nederland. 4 organisasjoner til knyttet Nijmegen University Network for Elder Care (UKON) og en annen organisasjon	46 helsepersonell

Vedlegg 3 Kartleggings skjema

Utredningsverktøy til bruk for HELSEPERSONELL OG SYKEHJEMSLEGER

The Brief Agitation Rating Scale (BARS)

Finkel SI, Lyons JS, Andersson RL. JAGS 1993; 8; 565-70.
Oversatt av psykolog Arvid Skjerve

Pasientens navn: _____ Dato for utredning: _____

Utfylt av: _____

Instruksjon:

Les hver av de 10 atferdstypene, og sett ring rundt hvor ofte (1-7) hver har vist seg hos pasienten de siste to ukene. For detaljert beskrivelse av atferden, se under.

	Aldri	Mindre enn en gang i uken	En eller to ganger i uken	Flere ganger i uken	En til to ganger om dagen	Flere ganger om dagen	Mange ganger i timen
1 Går fram og tilbake, formålsløs vandring	1	2	3	4	5	6	7
2 Gjentatte setninger eller spørsmål	1	2	3	4	5	6	7
3 Slår (inkludert seg selv)	1	2	3	4	5	6	7
4 Griper, tar tak i andre	1	2	3	4	5	6	7
5 Skubber	1	2	3	4	5	6	7
6 Lager merkelige lyder (underlig latter eller gråt)	1	2	3	4	5	6	7
7 Skriker, roper	1	2	3	4	5	6	7
8 Klaging	1	2	3	4	5	6	7
9 Utfører gjentatte bevegelser eller handlinger	1	2	3	4	5	6	7
10 Generell rastløshet	1	2	3	4	5	6	7

Detaljert beskrivelse av atferden:

- 1 Går fram og tilbake, formålsløs vandring** – konstant gange frem og tilbake, inkluderer også konstant kjøring med rullestol frem og tilbake. Inkluderer ikke vanlig målrettet gange.
- 2 Gjentatte setninger eller spørsmål** – gjentakelse av den samme setningen eller spørsmålet, rettet mot en spesiell person eller rettet mot noen spesielle (klaging, selv om denne er rettet mot noen og muligens berettiget, blir denne skåret under klaging).
- 3 Slår (inkludert seg selv)** – fysisk skade, slår andre, påfører andre smerte, slår seg selv/møbler.
- 4 Griper, tar tak i andre** – triver, griper hardt, tar bestemt tak i eller napper borti.
- 5 Skubber** – skubber med makt, skyver, presser andre.
- 6 Lager merkelige lyder (underlig latter eller gråt)** – inkluderer gråting, stønning, underlig latter, skjæring av tenner, inkluderer ikke forståelige ord.
- 7 Skriker, roper** – roper, gjennomtrengende hyl, ul, høylytte hvin.
- 8 Klaging** – sutring og jamring, klager over seg selv, somatiske klager, over mageknip eller klager over det fysiske miljøet eller andre personer.
- 9 Utfører gjentatte bevegelser eller handlinger** – utfører gjentatte og stereotype bevegelser eller handlinger, slik som klapping, banking, rugge på seg selv, plukke, fikle, gni på seg selv eller gjenstander, suge på fingre, ta av og på sko, pirke på seg selv, klær eller gjenstander, plukke på innbilte ting i luften eller fra gulvet, håndtere gjenstander på en stereotyp måte, inkluderer ikke gjentagelser av ord eller annen vokalisering.
- 10 Generell rastløshet** – er rastløs, beveger seg hele tiden rundt i stolen, reiser seg opp og ned, ikke i stand til å sitte rolig.

Vedlegg 4 Registreringsskjema for atferd

Døgnregistreringsskjema – utfylt eksempel

Dato	Tid																							
	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	07
7/2				■	■				■	■	■			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
8/2				■	■			■	■	■	■			X	■	■	■						■	■
9/2				■	■			■	■	■	■	■		X	■	■	■				■	■	■	■
10/2					■	■			■	■	■	■		X	■	■	■				■	■	■	■
11/2				■	■			■	■	■	■			X	■	■	■				■	■	■	■
12/2														X	■	■	■			■	■	■	■	■
13/2			■		■					■	■	■		X	■	■	■				■	■	■	■
14/2											■	■		X	■	■	■				■	■	■	■
15/2		■	■											■	■	■	X	■	■	■	■	■	■	■
16/2				■	■				■	■	■	■			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
17/2	■								■	■	■	■			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
18/2	■	■							■	■	■	■		X	■	■	■			■	■	■	■	■
19/2		■		■	■				■	■	■	■		X	■	■	■				■	■	■	■
20/2				■	■				■	■	■	■			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Sett inn koder for atferd som skal registreres, og farvelegg eller kryss av tidspunkter for den aktuelle atferden:

Navn:

Blå: *Søvn*

Grønn: *Tur ute*

.....

Rød: *Motivisk uro*

X: *Sovemedisin*

