



Forebyggende tiltak mot tvang på pasienter med demens

Preventive measures against coercion in patients with
dementia

Kandidatnummer: 9

VID vitenskapelige høyskole

Haraldsplass

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 2019

Antall ord: 9862

Dato: 01.04.22

Sammendrag

Demens kommer til å øke i befolkningen, da vi får flere eldre og samtidig som levealderen øker i Norge. Det stilles høyere krav til helsevesenet i Norge på grunn av mangel på personell og flere pasienter. Personer med demens vil ha behov for hjelp av helsepersonell i løpet av sin sykdomsperiode. Det er stor sjanse at sykepleiere vil treffe på pasienter som har demens, og da er kunnskap og opplæring for å håndtere denne pasientgruppen viktig.

Demenspasienter er en sårbar gruppe. Mange pasienter klarer ikke ta vare på sin egen hygiene og forstår ikke at de må ta medisinen sin. Demenssykdom er den vanligste årsaken til tapt samtykkekompetanse i vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. Det er da helsepersonellens oppgave å hjelpe pasienten med oppgavene de ikke lengre klarer. Samtidig er det viktig at vi likevel forebygger tvang, selv med vedtak. Derfor har jeg valgt problemstillingen «Hvordan forebygge bruk av tvang hos mennesker med demens med tvangsvedtak i sykehjem».

Oppgaven tar for seg ulike tiltak for å forebygge bruk av tvang på pasienter med demens. Noen viktige temaer som jeg går inn på er blant annet lover, kommunikasjon, personsentrert omsorg, kunnskap og opplæring og hva verktøy vi kan bruke. Joyce Travelbee's sykepleierteori om menneske til menneske forhold er brukt som en rød tråd gjennom oppgaven.

I drøftingsdel diskuterer jeg og underbygger hvordan tiltak kan forhindre tvang gjennom flere studier jeg har funnet som har fokus på å unngå tvang på pasienter med demens.

Summary

Dementia will increase in the population, as we get more elderly and at the same time life expectancy increases in Norway. Higher demands are placed on the health care system in Norway due to a lack of personnel and more patients. People with dementia will need the help of health professionals during their period of illness. There is a good chance that nurses

will meet patients with dementia, and then knowledge and training to deal with this patient cause is important.

Dementia patients are a vulnerable group. Many patients are unable to take care of their own hygiene and do not understand that they have to take their medicine. Dementia is the most common cause of lost consent competence in decisions pursuant to the "pasient- og brukerrettighetsloven», chapter 4A. It is then the health personnel's task to help the patient with the tasks they can no longer handle. At the same time, it is important that we still prevent coercion, even with decisions. That is why I have chosen the problem "How to prevent the use of coercion in people with dementia with coercive decisions in nursing homes".

The thesis addresses various measures to prevent the use of coercion on patients with dementia. Some important topics that I go into include laws, communication, personcentered care, knowledge and training and what tools we can use. Joyce Travelbee's nursing theory of human-to-human relationships is used as a common thread throughout the thesis.

In the discussion section, I discuss and substantiate how measures can prevent coercion through several studies I have found that focus on avoiding coercion on patients with dementia.

Innhold

1 Innledning	6
1.1 Tema	7
1.2 Avgrensning	8
1.3 Problemstilling.....	8
1.4 Begrepsavklaring	8
2 Metode.....	9
2.1 Metode	9
2.2 Litteratursøk	10
2.3 Kildekritikk	11
2.4 Etske overveielser	12
3 Teori	12
3.1 Sykepleie.....	12
3.1.1 Yrkesetiske dilemma og retningslinjer/krysspress.....	12
3.2 Joyce Travelbees sykepleierteori.....	13
3.3 Demens.....	15
3.3.1 Leve med demens	16
3.3.2 Kommunikasjon.....	17
3.3.4 Personsentrert omsorg	17
3.4 Lover og retningslinjer	18
3.4.1 Samtykkekompetanse	18
3.4.2 Tvang	18
4 Resultat	20

4.1 Artikkel 1.....	20
4.2 Artikkel 2.....	21
4.3 Artikkel 3.....	22
4.4 Artikkel 4.....	23
5 Drøfting	24
5.1 Kommunikasjon som forebygger tvang.....	25
5.2 Personsentrert omsorg.....	27
5.2.1 Rammer	28
5.3 Verktøy for muligheter for forebygging	29
5.4 Kunnskap og ledelse	30
5.5 Etikk og lover	31
6 Konklusjon.....	33
7 Litteraturliste.....	33

1 Innledning

På verdensbasis er det omtrent 50 mill. som har demens viser tall fra folkehelseinstituttet (Folkehelseinstituttet, 2021). Det er om lag 7% av personer over 59 år som har sykdommen (Braut & Aarheim, 2020 s. 101), tallet øker betraktelig for gruppen over 90 år der det er 43%, men fra 60-64 år er det 1,6% som har demens så det er noe lavere. Det er også flere kvinner enn menn som blir rammet (Braut & Aarheim, 2020, s. 102). Det er i Norge om lag 101 000 mennesker i 2020 som lever med en demenssykdom, og omtrent en tredjedel av disse ligger på sykehjem. Over 80% av pasientene på sykehjem som har langvarig plass har en demenssykdom (Folkehelseinstituttet, 2021). Det er regnet med at tallet på personer med demens vil firedobles innen 2040 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 25). Tall på eldre og mennesker med demens øker. Imidlertid har den aldersspesifikke forekomsten av demens falt i mange land, sannsynligvis på grunn av forbedringer i utdanning, ernæring, helsetjenester og livsstilsendringer (Livingston et al., 2020, s. 413). Fordi tallet på eldre vil øke, og det samtidig blir færre arbeidsplasser til å betale for tilbudene i velferdsstaten, og i tillegg er mangel på helsepersonell, er det ekstremt viktig med god kunnskap og opplæring (Braut & Aarheim, 2020, s. 135), for det kommer ikke til å minke på antallet pasienter per sykepleier. Sjansen for at en sykepleier støtter på en pasient med demens er stor. Kommunen har et ansvar for å holde sine forpliktelser om å tilby plass i institusjon, herunder sykehjem etter §3. Kommunen har et ansvar med å tilby sykehjemsplass for pasienter som har fått helse- og omsorgsfaglig vurdering der pasienten trenger forsvarlig helsehjelp (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3). Pasienter med langtkommen demens har ofte rett på sykehjemsplass, når de ikke lengre er i stand til å dekke sine behov i eget hjem eller i omsorgsbolig (Brodtkorb & Ranhoff, 2018, 2. 199).

Regjering har laget en demensplan der målet for 2025 har flere områder de ønsker å ha i søkelys, blant annet det å ha fokus på personsentrert omsorg i demensomsorgen. Der er den grunnleggende forutsetningen for at pasienter med demens skal kunne leve det gode liv, er at de blir møtt med respekt. Tjenester med god kvalitet sikres gjennom gode planlegging av en personsentrert plan og omsorg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 9). Dette er tiltak som kan hjelpe pasienter med demens å ha en tilpasset hverdag og kan bidra til pasientens trivsel og ro.

Når evnen til personlig hygiene er vekke, er det opp til helsepersonell å få pasienten stelt. I mange tilfeller kan dette være vanskelig, for pasienten ønsker ofte å ta vare på seg selv og har ikke en forståelse for at de ikke lenger klarer å ivareta ta sin egen personlige hygiene. Dette setter pasienten i en utsatt posisjon, men kan i noen tilfeller også føre til fellesskap, mestring og verdighet. Men muligheten er der for det motsatte. Mange sykehjem meddeler at pasienter med demens motsetter seg stell. Dette kan være integritetstruende for pasienten og emosjonelt belastende for sykepleieren (Brodtkorb, 2018, s. 176). Flere pasienter som bor på sykehjem med demens har vedtak om tvang i forskjellige settinger. Pasient- og brukerrettighetsloven 4A sikrer pasienter uten samtykkekompetanse pleie og omsorg som er nødvendig, for eksempel i stellesituasjoner. Hele 21 % av helsepersonell i institusjon har sagt de daglig eller av og til utfører tvang mot pasientene i en undersøkelse (Brodtkorb, 2018, s. 177).

Hensikten med denne oppgaven er å se på forskjellige tiltak som kan hjelpe å unngå tvang på pasienter med demens selv om de har tvangsvedtak. Hvordan kan tillitsskapende tiltak hjelpe å få pasienten til å samarbeide. Jeg ønsker å belyse tiltak som kan hjelpe pasienten som kommunikasjon, personsentrert omsorg, hva verktøy vi kan bruke, og hvordan kunnskap og god opplæring har mye å si på hvordan vi behandler pasienter med demens. Ofte blir det brukt tvang på pasienten på grunn av at helsepersonell ikke er like godt opplært, bruker tid med pasienten, har tålmodighet eller ikke vet hvordan de skal snakke med pasientene for å samarbeide. Jeg har selv erfaring fra sykehjem der vi har utført tvang på pasienter fordi vi ikke har hatt tid eller kunnskap nok til å finne en annen løsning for at pasienten skal samarbeide.

1.1 Tema

Bakgrunnen av valgt tema er erfaringsbasert. Jeg har erfaring fra en lukket demensavdeling, og har både sett og utført tvang på pasienter. Ofte blir tvang utført på grunn av dårlig opplæring og kunnskap om pasientene i avdelingen. Jeg ønsker å belyse tiltak som kan hjelpe å forhindre tvang på pasienter med demens. Forskning viser at helsepersonell ikke

har god nok kunnskap til å forhindre tvang. I mange situasjoner er helsepersonell presset på tid og kjenner ikke pasienten godt nok, og derfor blir tvang brukt mer enn nødvendig. Pasienter med demens har ikke god hukommelse og glemmer fort hva som har skjedd, men betyr ikke at man bør bruke tvang uten å tenke på konsekvensen av det, og at pasienten ikke kommer til å ha en følelse i kroppen om at noe har vært feil.

1.2 Avgrensning

Jeg vil avgrense oppgaven til gjelde pasienter som er innlagt på langtid på en demensavdeling på sykehjem, og videre til de pasientene som har tvangsvedtak. Det er her helsearbeideren bruker mest tid med pasienten. Det finnes flere medikamenter til personer med demens, men ikke alle ha en effekt og mange har også mye bivirkninger, jeg kommer til å avgrense oppgaven med å ikke ha fokus på medikament behandling i oppgaven. Pårørende har ofte en sterk rolle når det gjelder pasienter med demens, men jeg kommer ikke til å gå så mye inn på pårørende i denne oppgaven.

1.3 Problemstilling

Hvordan forebygge bruk av tvang hos mennesker med demens med tvangsvedtak i sykehjem.

1.4 Begrepsavklaring

Tvang

Tvang i helse- og omsorgstjenesten er tiltak som en pasient ikke ønsker utført eller motsetter seg, og som kan være inngripende (Store medisinske leksikon, 2021).

Det finnes flere måter å utføre tvang på, man har psykologisk tvang og fysisk tvang. I denne oppgaven når jeg skriver om tvang mener jeg når helsepersonell fysisk stopper pasienten å gjøre noe, om det er å stille pasienten eller om det er å låse døren for at pasienten ikke skal gå. Når jeg skriver om tvang er dette om pasienter som allerede har tvangsvedtak.

Demens

Demens er ikke bare en sykdom, men et syndrom og en diagnose for flere symptomer som kan forårsakes av ulike sykdommer og skader (Skovdahl & Berentsen 2018, s. 412). Det er en fellesbetegnelse på hjernesykdommer som påvirker hukommelsen, atferd og evnen til å ta vare på seg selv (Folkehelseinstituttet, 2010). Man deler opp demensutviklingen inn i 3 deler. Mild der sykdommen påvirker det daglige aktiviteter, moderat der man ikke lengre klarer seg selv uten hjelp fra andre og siste alvorlig der man er avhengig av kontinuerlig pleie og overvåkning (Skovdahl & Berentsen 2018, s. 411-412). I denne oppgaven når jeg skriver om demens mener jeg personer som har kommet til moderat og alvorlig i sin demensdiagnose at de er avhengig av hjelp inne på sykehjem.

Helsepersonell

Når jeg bruker ordet helsepersonell i denne oppgaven betyr det at det kan være snakk om pleiepersonell som sykepleiere, helsefagsarbeider, assistenter, ufaglærte, studenter, elever, læringer og evt. leger.

2 Metode

I dette kapittelet vil jeg presentere hvordan jeg har søkt etter artikler og valgt dem.

2.1 Metode

«Metode er den systematiske fremgangsmåten du benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling» (Thidemann, 2015, s.74). Dette er en litteraturstudie, hvor jeg skal sette meg inn i andre sine tekster og data samlet inn av andre, en sekundærdata (Thidemann, 2015, s.75).

Det er anvendt både humanvitenskaplig og naturvitenskapelig metode i denne oppgaven. Jeg har brukt naturvitenskaplig metode og litteratur for å beskrive hva demens er og hvordan symptombilde ser ut (Dalland, 2019, s. 39-40). Humanvitenskaplig metode bruker for å forklare hvordan kommunikasjon og personsentrert omsorg kan hjelpe med å forhindre bruken av tvang på pasienter med demens hvis det er brukt på riktig måte (Dalland, 2019, s.

44). Jeg har også med et lite avsnitt med erfaringsbasert kunnskap som jeg har hentet inn da jeg selv jobbet på lukket demensavdeling på sykehjem.

2.2 Litteratursøk

Jeg har samlet inn litteratur og har gått kritisk gjennom studiene jeg har funnet. Denne litteraturstudien har jeg søkt etter publisert forskning som belyser min problemstilling. Jeg har også brukt teori fra pensumbøkene. Jeg har brukt MeSH som oversetter norske medisinske ord til engelsk. Jeg ønsket å finne engelske ord da dette kunne gi meg flere treff. For å finne ord jeg kunne bruke la jeg problemstillingen inn i PICO og fant ordene demens, tvang og sykehjem fra min problemstilling. Jeg har begynte mine søk på MEDLINE og CINALH med noen søkeord som nursing homes, dementia, coercion, patient, og nursing. Jeg kombinerte ordene med AND og da fikk jeg ikke opp noen resultater. Jeg måtte endre søkene med å kutte ut noen ord. Mitt neste søk var på ordene nursing homes, dementia og coercion. Da fikk jeg opp 6 treff i MEDLINE. Studiene jeg har valgte å bruke heter «how to avoid and prevent coercion in nursing homes» og «The ethics of coercive treatment of people with dementia» som er studier skrevet på engelsk og er kvalitative studie. Dette er veldig interessante studier som tar opp relevante temaer for min oppgave.

Jeg endret mine søkeord igjen og søkte i CINALH på ordene reduce, dementia, restraint og education for å finne studier som opplæring i demensomsorgen. Jeg fikk opp 21 treff og valgte å bruke en norsk studie fra 2017 som heter «A mixed method study of an education intervention to reduce use of restraint and implement person-centered dementia care in nursing homes» som er en kvantitativ og kvalitativ studie som var peer reviewed. For å finne en norsk studie søkte jeg på SveMed+ med søkeord som Coercion, dementia og nurse, og fikk opp 12 resultater, utfra listen valgte jeg artikkelen som heter «Kampen for pasientens beste- sykepleierens opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens», da denne var mest relevant for min oppgave.

2.3 Kildekritikk

Tre av studiene jeg har valgt å anvende i min bacheloroppgave er studier fra Norge, men en er en studie gjort i Sverige. Dette gjør at det er et smalt spekter til å kunne svare på min problemstilling, men jeg ønsket likevel å ha studier som var fra Norden for å svare best mulig på min problemstilling når det gjelder tvangsvedtak. Dette kan være forskjellig fra land til land, så derfor ønsket jeg også å finne mest mulig studier fra Norge.

Noen av søkeordene jeg prøvde å oversette i MESH ville ikke bli oversatt. Som f.eks. Tiltak, dette gjorde at søkene jeg gjorde måtte endres og bruke andre ord. Jeg må også ta høyde for at engelsk ikke er mitt morsmål og derfor kan ha misforstått noe eller oversett viktige detaljer i noen av studiene som er skrevet på engelsk. Jeg har også brukt ordbok for noen ord for å oversette ord og evt. setninger jeg ikke har forstått.

Demens er forsket mye på. Jeg har brukt pensumbøkene en del for å få frem viktige detaljer, men har også brukt Google Scholar for å finne gode kilder. Siden det er så mye forskning og informasjon på demens har det vært utfordrende å finne ut hva som har vært den viktigste informasjonen. En konsekvens er at jeg kan ha oversett relevante artikler og informasjonskilder som kunne svart bedre på min problemstilling (Dalland, 2019. s. 159160). Jeg har Primært brukt primærkilder, men har også brukt sekundærkilder fra bøker som da kan ha endret noe fra primærkilden som igjen gjør at det kan oppstå misforståelser. Litteraturen jeg har brukt er fra VID sine pensumlister.

Studien «How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study» er gjort i 2013 og er litt eldre enn jeg håpet på, men det som står der er fortsatt reelt til dagens dato. Det samme gjelder for studiene «the ethics of coercive treatment of people with dementia» som er fra 2013 og «kampen for pasientens beste- sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens» som er fra 2012. Likevel vil jeg si dette er studier som er like relevant nå som da.

«Kampen for pasientens beste- sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens» er en studie gjort med bare 8 sykepleiere og det er ikke skrevet at

sykepleierne meldte seg frivillig til denne studien, det er heller derfor ikke generaliseres til demensomsorgen generelt, men har en overføringsverdi på grunn av studiens større geografiske område og sykepleiernes beskrivelser i stor grad sammenfaller.

2.4 Etiske overveielser

Jeg har benyttet meg av VID sine retningslinjer når det gjelder kildehenvisning og har brukt APA 7. Jeg har referert på en måte i teksten at det er lett å finne opp kildene jeg har benyttet. Kildene jeg har funnet er fra pålitelige sider, blant annet har jeg brukt bibliotek på VID sin nettside. Artikkene jeg har funnet er anonymisert med at man ikke vet hvilke sykehjem som er brukt, hvor i landet det er eller navn på noen deltakere. I noen av studiene står det ikke om deltakerne var frivillige deltagere eller ikke.

3 Teori

I teoridelen presenterer jeg forskjellige teorier for å fremme min problemstilling om Hvordan forebygge bruk av tvang hos mennesker med demens med tvangsvedtak i sykehjem.

3.1 Sykepleie

Allerede på 1800 tallet kunne Florence Nightingale fortelle oss hva hun mente var god sykepleie (Kirkevold, 2014, s. 84). Nightingale mente rent vann, ren luft, skikkelig avløp, renslighet og lys er noe av de essensielle sanitære forhold som er grunnleggende til god sykepleie (Kirkevold, 2014, s. 88). Videre beskriver Nightingale at god sykepleie ikke bare omfatter det vi kaller direkte sykepleie, men det som er viktig å gjøre rundt pasienten (Kirkevold, 2014, s. 89).

3.1.1 Yrkesetiske dilemma og retningslinjer/krysspress

Sykepleiere møter dilemmaer og etiske dilemmaer hver eneste dag. Det kan være en konflikt mellom pasientens autonomi og sykepleierens plikt til å yte helsehjelp. Etisk dilemma er når 2 eller flere verdier i valgsituasjon der begge har positive eller negative konsekvenser (Slettebø, 2016, s. 44). En etisk vanskelig situasjon er kjennetegnet ved at verdier står på

spill og det er vanskelig å få realisert situasjonen. Dette kan for eksempel være på sykehjem der man ønsker å skape meningsfull hverdag sammen med pasientene, men på grunn av mangel på tid eller personal, kan ikke dette realiseres (Slettebø, 2017, s. 44).

Fagligforsvarlighet er et begrep som er viktig innen sykepleier. Faglig forsvarlighet bygger på hva som kan forventes fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjoner. Det er en etisk og rettslig norm for hvordan den enkelte bør arbeide (Norsk sykepleierforbund, u.å.).

3.2 Joyce Travelbees sykepleierteori

Travelbee mente at for å kunne gi og forstå god sykepleie til pasienter må man også ha en forståelse av hva som foregår mellom pasient til sykepleier. Hvordan interaksjonen kan oppleves og hvilke konsekvenser dette har for pasientens tilstand (Kirkevold, 2014, s. 113).

En profesjonell sykepleier er en person med høyskoleutdanning, som har et mål med at studentene skal tilegne seg disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til å finne pasientens problemer og å lære å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 2018, s. 42). Dette er en måte Travelbee sier at som sykepleier med høy utdanning og opplæring skal kunne tilpasse seg pasienten og at alle pasienter har rett til personsentrert omsorg.

Menneske til menneske forholdet er en gjensidig prosess. Travelbee mener at for at dette skal oppbygges kan ikke bare sykepleieren alene oppnå det, men sammen med den syke bygge opp forholdet mellom seg (Travelbee, 2018, s. 178). Definisjonen av hva sykepleier er mener Travelbee hovedfunksjonene til profesjonell sykepleie er «Å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse, å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å finne mening i sykdom og lidelse (om nødvendig)» Travelbee, 2018, s. 48). Disse to punktene er retningslinjene for Travelbees teori. Sykepleierne har den utdanningsbakgrunnen, ferdighetene og innsikt for å kunne anvende sine punkt riktig (Travelbee, 2018, s. 48-49).

Viktige elementer i Travelbees teori er menneske som individ, lidelse, mening, menneske-til-menneske-forhold og kommunikasjon (Kirkevold, 2014, s. 114).

Pasientens opplevelse av sykdom og lidelse mener Travelbee er viktig for sykepleieren til å forholde seg til en diagnose pasienten har fått. Som sykepleie kan man ikke vite hvordan sykdommen påvirker pasienten før vi drøfter dette med pasienten og får hans mening om sin tilstand (Kirkevold, 2014, s. 115).

Når en sykepleier møter en pasient vil hun observere og gjøre opp meninger om vedkommende og det samme vil pasienten gjøre (Travelbee, 2018, s. 186). Fremvekst av identitet er når vi blir sett på som mennesker og ikke pasient og sykepleier (Travelbee, 2018, s. 188-189). Empati er evnen til å leve seg inn i pasientens situasjon og ta del i den andres sinnstilstand, men samtidig stå utenfor (Travelbee, 2018, s. 193). Sympati og medfølelse i sykepleiesituasjoner er når man oppriktig føler at den andres sykdom og plager angår en. (Travelbee, 2018, s. 200). Gjensidig forståelse og kontakt er en prosess med å få en gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 2018, s. 211). Det er innenfor dette sykepleieren kan identifisere sykepleiebehovet og kan bidra til å oppfylle disse behovene (Kirkevold, 2014, s. 122). Travelbee mener det er viktig at en sykepleier følger opp sine pasienter, selv etter hun har henvist de til den riktige person eller instans. Det er å ta vare på pasienten åndelige behov. Det er ikke alltid godt nok å henvise til en prest eller andre religiøse ledere. En sykepleier bør ha kunnskap om de forskjellige religionene og trosretninger. Det er sykepleierens oppgave å ta kontakt med religiøse ledere når det er nødvendig, men det blir ofte glemt at den sykes åndelige behov kan best dekkes av sykepleierens som selv har et avklart livssyn, og som kan vise grunnsetningene om sitt livssyn gjennom sine egne gjerninger (Travelbee, 2018, s181).

Kommunikasjon i menneske- menneske- forhold

For god kommunikasjon må sykepleieren lære seg å kjenne pasienten. «Å kjenne et annet menneske er å oppleve og respondere på det unike ved dette menneske» Travelbee. 2018, 2. 141). Travelbee mener hvis sykepleieren blir kjent med pasienten gjennom menneske-til-menneske- forhold blir det lettere å oppdage små og store forandringer i pasienten tilstand. Det er lettere for at pasienten eller pårørende kan komme med spørsmål eller bekymringer

til en sykepleier de kjenner (Travelbee, 2018, s. 141). Travelbee mener at å lære pasienten å kjenne er like effektivt og nødvendig sykepleieaktivitet som å utføre prosedyrer eller gi fysisk omsorg (Travelbee, 2018, s. 142).

3.3 Demens

Demens er en fellesbetegnelse for flere hjernesykdommer som påvirker hukommelse, atferd og evnen til å utføre daglige aktiviteter (Folkehelseinstituttet, 2010). Alle demenssykdommene er progredierende og den som rammes vil etter hvert fungere dårligere og dårligere og vil til slutt være avhengig av hjelp fra andre rundt eller fra helsepersonell. Demenssymptomene utvikler seg over tid. For noen kan sykdomforløpet være tregt og kan strekke seg over lang tid, mens hos noen er det kort og intens. Pasienten kan oppleve svekket hukommelse, svekket andre kognitive funksjoner som dømmekraft, tenkning og planlegging, svekket emosjonell kontroll eller sosial atferd, som irritabel, apati, unyansert sosial atferd og emosjonell labilitet (Skovdalh, 2018, s. 410-411). I Norge bruker vi det internasjonale systemet ICD – 10, som er utarbeidet av WHO som blir brukt som den offisielle klassifikasjon av sykdommer. Man deler den kognitive svikten opp i 3. Mild, moderat og alvorlig. Mild er når det påvirker daglige aktiviteter, moderat er når en ikke klarer seg uten hjelp fra andre og alvorlig er når man har behov for kontinuerlig pleie og overvåkning (Skovdalh, 2018, s. 411-412). Det er store variasjoner mellom personer og symptomer. Noen har milde symptomer mens andre har sterke symptomer. For å diagnostisere demens må symptomene ha vart i 6 mnd. eller mer. Det finnes ulike demenssykdommer som primærdegenerative sykdommer, vaskulær demens og sekundære demenssykdommer (Skovdalh, 2018, s. 412). Alzheimers er en undergruppe av Primærdegenerative sykdommer (Skovdalh, 2018, s. 413). Alzheimers sykdomsutvikling er snikende og kjennetegnes typisk ved redusert episodisk hukommelse, konsentrasjon og ordletingsvansker (Helsedirektoratet, 2019). Alzheimers sykdom er den vanligste form for demens og kan bidra til 60–70 % av tilfellene. Andre hovedformer inkluderer vaskulær demens, og en gruppe sykdommer som kan bidra til frontallapp-demens (World Health Organization, 2017, s. 3).

De som får demens har ofte en høy alder, men det er ikke knyttet til den normale aldringsprosessen. Alder og gener har en betydning for å utvikle demens, men det er antatt at rundt 40% av alle som har fått demens kunne vært unngått ved forebygging (Folkehelseinstituttet, 2010). The Lancet Commission har gjort en stor gjennomgang i 2017 og i 2020 på å forebygge demens. De fant ut at personer som er mindre utdannet, er hørselssvekket, røykere, deprimerte, sosial isolasjon og diabetes har en større sjanse for demens (Livingston et al., 2020, s. 428). Demens er en stor årsak til funksjonshemming blant eldre over hele verden. Virkningen av demens er det ikke bare vesentlig i økonomiske former, men også representerer betydelige menneskelige kostnader for land, samfunn, familier og enkeltpersoner (World Health Organization, 2017, s. 3). Dessverre så finnes det ingen kur som helbreder demens, men det finnes legemidler som kan virke symptomlindrende. Hovedgruppene av medikamenter kalles kolinestereasehemmere og NMDA reseptorantagonister (Helsebiblioteket, 2019).

3.3.1 Leve med demens

Det å leve med demens har ingen fasit svar, det eneste som er sikkert er at diagnosen kommer til å endre hverdagen og livet til både pasienten og til pårørende rundt. Å få en demensdiagnose er forskjellig fra person til person, men mange ønsker å fortsette deres normale liv (Aldring og helse, u.å.). For personer med demens er det ekstra viktig for mange at de er med på gode opplevelser og det er viktig å unngå situasjoner der de mislykkes i (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 419-420). Etter hvert som sykdommen utvikler seg kan enkelt oppgaver og gjøremål bli utfordrende, det kan for eksempel være vanskelig å bruke fjernkontrollen til tv, mobiltelefon, PC eller å huske avtaler (Aldring og helse, u.å.). Velferdsteknologien innen demensomsorgen bidrar til at pasienten og pårørende mestrer hverdagen bedre. Mestringsteknologi og trygghetsskapende teknologi er et viktig verktøy for å leve med demens. Dette kan hjelpe med for eksempel å huske medisiner, en elektronisk medisindispenser, eller å ha en GPS i lommen når pasienten går en tur, da vet pårørende hvor deres kjære er og kan finne dem. Det finnes mange flere hjelpemidler for huske avtaler og til sikkerhet for pasienten. (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 421).

3.3.2 Kommunikasjon

Språkfunksjonene er relatert til to viktige områder i hjernen, en bakre og en fremre del. Den fremre delen av høyre hjernehalvdel, også kalt Brocas-området, har hovedfokus på benevnelse og setningsoppbygging, og den bakre delen, også kalt Wernickes-område, har hovedfokus på begrepsforståelse. Derfor vil ofte pasienter med Alzheimers sykdom ha problemer med språk og kommunikasjon (Vasset, 2021, s. 37; Wyller, 2016, s.402). Dette skyldes hovedsakelig tap av hippocampusformasjonen i temporallappene (Wyller, 2016). I arbeid med personer med svekkede kognitive evner er det sykepleierens ansvar å møte pasienten med riktig tone og ta i bruk bekreftende kommunikasjonsferdigheter. Det å ha verbal og nonverbalkommunikasjon har stor betydning for personer med demens (Eide, 2017, s. 327

3.3.4 Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg er når personen blir satt i sentrum (Aldring og helse, 2016). I demensomsorgen har personsentrert omsorg bygget noen grunnleggende sosialpsykologiske behov. Kjærlighet, trøst, tilknytning, bekreftelse sosial inkludering og identitet er faktorer som fremmes med støtte av miljøbehandling (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 422).

Demensplanen til regjeringen for 2025 som er en femårsplan for å forbedre tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Her har de skrevet at de ønsker å utarbeide en «verktøykasse» for personsentrert omsorg til pasienter med demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s.13). Personsentrert omsorg er det grunnleggende prinsippet i tjenesten med personer med demens. Det legger til rette for hvordan personer med demens opplever situasjonen og prøver å forstå uttrykk for behov. Det skal gi økt kontinuitet, trygghet og forutsigbarhet i pasientforløpet til eldre og deres pårørende. Personsentret omsorg skal knyttes til verdier, metoder, kommunikasjonsteknikker og er lagt til grunn for nasjonal og faglig retningslinje om demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s.64). Målet med personsentrert omsorg er at personen med demenssykdommen skal få hjelp på den måten som passer best for pasienten, og at det blir lagt til rette for

han/henne (Aldring og helse, 2016). Det er bygget opp en personsentrert demensomsorg rundt det grunnleggende sosialpsykologiske behov som er sosial inkludering, tilknytning, identitet, trøst, bekreftelse og kjærlighet. Det er også særlig disse faktorene man fremmer i personsentrert omsorg og miljøbehandling (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 422)

3.4 Lover og retningslinjer

Her blir samtykkekompetanse og lover presentert som er relevant for denne oppgaven

3.4.1 Samtykkekompetanse

Ifølge §4-3 har personer over 18 år rett til å samtykke til helsehjelp med mindre det ligger annen særlig lovbestemmelse. Samtykkekompetansen kan falle delvis eller helt bort dersom pasienten har fysiske eller psykiske forstyrrelser, som for eksempel senil, demens, eller psykisk utviklingshemming (Pasient – og brukerrettighetsloven, 2006, §4-3).

Den som yter helsehjelp avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke etter annet ledd. Helsepersonellet skal ut fra pasientens alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelp, jf. § 3-5. (Pasient – og brukerrettighetsloven, 2006, §4-3)

Har ikke pasienten samtykkekompetanse, skal pårørende involveres i beslutningsprosessen. Det er helsepersonell som har ansvar for å ta med pårørende i denne prosessen. Enkelte pasienter med demens kan ha samtykkekompetanse i enkelte tilfeller, det er derfor viktig å ta med pårørende i beslutningsprosessen (Slettebø, 2018, s. 217).

3.4.2 Tvang

Hovedregelen er at det ikke er adgang til å bruke tvang ved somatisk undersøkelse, behandling eller pleie og omsorg uten særskilt hjemmel (Molven, 2019, s. 134).

Dersom en pasient har langkommet demens kan det være hjemmel for bruk av tvang i visse tilfeller. Eksempel på dette kan være i stellesituasjon (Molven, 2019, s. 135).

Tvang i helse- og omsorgstjenesten er tiltak som en pasient ikke ønsker utført eller motsetter seg, og som kan være inngripende (Store medisinske leksikon, 2021). Kapittel 4 A.

«Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv.» Reglene i 4A kapitlet åpner opp for at i visse tilfeller er det lov med å gi helsehjelp selv om pasienten motsetter seg den hjelpen (Helsedirektoratet, 2018). Formålet med denne loven er å gi nødvendig helsehjelp for å hindre helseskade samt begrense og forebygge bruken av tvang (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2006, § 4A-1).

Før det ytes helsehjelp med tvang må tillitsskapende tiltak ha vært forsøkt. Opprettholder pasienten sin motstand, eller vet helsepersonellet at vedkommende med stor sannsynlighet vil opprettholde sin motstand, kan det treffes vedtak om helsehjelp dersom «en unnløstelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, og helsehjelpen anses nødvendig, og tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen» (Pasient – og brukerrettighetsloven, 2006, § aA-3).

Kapitlet 4A gjelder for myndige og mindreårige over 16 år og det gjelder kun for personer som mottar helsehjelp (Helsedirektoratet, 2018). Det gjelder når en pasient motvirker seg somatisk helsehjelp. Dersom en pasient uten samtykkekompetanse ikke motsetter seg helsehjelp, gjelder §4-6 evt. §4-6a (Helsedirektoratet, 2018). «Dersom en pasient over 18 år ikke har samtykkekompetanse etter § 4-3 annet ledd, kan den som yter helsehjelp, ta avgjørelse om helsehjelp som er av lite inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet» (Pasient – og brukerrettighetsloven, 2006, §4-6).

Helse- og omsorgstjenesten kan treffe vedtak om bruk av tekniske innretninger for varsling og lokalisering som ledd i helse- og omsorgstjenester til pasient eller bruker over 18 år som ikke har samtykkekompetanse. Bruk av medisinsk teknisk utstyr for varsling reguleres av § 4-6. Reglene i § 4-1 til § 4-3 gjelder tilsvarende for vurdering av samtykkekompetansen til bruker. (Pasient – og brukerrettighetsloven, 2006, §4-6) Et vedtak om tvang skal søkes av dem som skal utføre helsehjelpen, pasienten eller de nærmeste pårørende kan klage til statsforvalteren på vedtaket om tvang (Statsforvalteren, 2021). Tilgjengelig informasjon om grunnen til at pasienten motsetter seg hjelp skal inngå i beslutningsgrunnlaget når det skal fatte vedtak om helsehjelp etter §4A. Når en søker vedtak om helsehjelp fra §4A må det være faglig forsvarlig at pasienten trenger vedtaket. At den som tar avgjørelsen om vedtak om helsehjelp til en pasient som motsier seg helsehjelp, plikter å ta avgjørelsen på faglig

ansvarlig måte. Det er ikke mulig å få tvangsvedtak på generell og ikke konkret motstand, bare for å unngå en motstandssituasjon (Helsedirektoratet, 2018, §4a-2). Når en pasient har fått vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven 4A skal tillitsskapende tiltak journalføres for at statsforvalteren skal kunne kontrollere vedtaket. I følge §39 fra helsepersonelloven skal opplysninger som relevante og nødvendige om pasienten og helsehjelpen journalføres. Det betyr at helsepersonell som utfører helsehjelp skal dokumentere både bruken av tvang og tillitsskapende tiltak (Statsforvalteren, 2021).

4 Resultat

Her blir artiklene som har funnet som er relevant for min problemstilling presentert

4.1 [Artikkel 1](#)

Tittel: How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study

Forfatter: Elisabeth Gjerberg, Marit Helene Hem, Reidun Førde og Reidar Pedersen.

Tidsskrift: Nursing Ethics

Årstall: 2013

Metode: Studien er en norsk kvalitativ studie utført på 5 sykehjem i Norge. Totalt var det 60 deltakere og var delt inn i 11 fokusgrupper. Noen jobbet i vanlige avdelinger og andre i spesialavdelinger. Intervjuene varte i 2 timer og deltakerne fikk spørsmål om hva situasjoner som gjorde at de måtte utføre tvang og strategier for å unngå bruken av tvang.

Resultat: Studien ser på hvordan helsepersonell kan unngår tvang og hva som fungerer bra. Mange av deltakerne bruker mye tid med pasienten og tvang ble brukt som siste utvei, de hadde sine egne teknikker for å få pasienter til å samarbeide, som det med å bruke samtale og tid som er mest effektivt (Gjerberg et al., 2013, s. 636). Noen ganger klarte helsepersonellet å få pasienten til å ta en dusj eller ta medisinen sin, men andre ganger lyktes de ikke og følte de måtte bruke press eller makt for at pasienten skulle gjøre som var nødvendig som da anses som «nødvendig helsehjelp» (Gjerberg et al., 2013, s. 636). Studien viste at ofte kan man «distrahere» pasienten med å snakke om familie eller hvor fint håret deres er i en f.eks. matsituasjon. Mange av helsepersonellet hadde sine egnerepertoar av strategier som de prøvde på å implementere hos pasientene når pasientene ikke ønsket å gjøre hva pleierne ønsket de skulle gjøre. Noen ganger var de suksessfulle og andre ganger

ikke. En felles strategi hos mange for å unngå tvang når pasienten ikke ønsket å utføre oppgaven som måtte gjøres var å stoppe og komme tilbake seinere for å prøve igjen. Også med å bytte personalet hadde en god effekt (Gjerberg et al., 2013, s. 637). For å unngå tvang så viser resultatet av studien at det å kjenne pasienten og være kjent med pasientens historie var noe alle deltakerne i studien understrekte i sine intervjuer. Dette kan hjelpe til både i avledning, men også i tilfeller med å forstå hvorfor pasienten gjør motstand og hvordan deres oppførsel kunne forstås i lys av deres medisinske tilstand. Det å også ha tilstrekkelig med ressurser og ha sykepleiere eller helsearbeidere med god noe relevante kvalifikasjoner hjelper med å unngå situasjoner med bruk av tvang (Gjerberg et al., 2013, s. 638). Denne studien er veldig relevant for min oppgave da de ser på hvordan de kan unngår tvang med tillitsskapende tiltak.

4.2 Artikkel 2

Tittel: The ethics of coercive treatment of people with dementia

Forfatter: Eva Lejman, Margareta Westerbotn, Ulrika Pöder og Barbro Wadensten

Tidsskrift: Nursing Ethics

Årstall:2013

Metode: Dette er en kvalitativ studie der 10 ansvarlige sykepleiere i Sveige ble intervjuet.

Målet med studien var å beskrive hvordan sykepleiere sikrer god og trygg sykepleie og ivaretar verdigheten til pasienter med demensdiagnose. De undersøker hvordan pleiere på sykehjem kan unngå å bruke tvang på sine demenspasienter.

Resultat: Studiens resultater viser at mer pedagogiske måltid der innbydende måltider ble vektlagt, mobiltelefoner ble lagt vekk og pårørende fikk ikke besøke under måltider, ble det antatt å redusere angst, og dermed redusert vandrende atferd. Det kommer også frem i studien at når pleiepersonell brukte tid sammen med pasientene reduserte dette til følelsen av at de var alene. Aktiviteter som å gå, ha samtaler og drikke kaffe eller se på pasientenes fotoalbum hjalp med for å redusere deres angst. For å forhindre angst, burde aktiviteter planlegges individuelt og basert på beboernes egne preferanser.

Bruk av spesifikt instrument som pasientens livshistorie for å unngå tvangs behandling.

Pasientenes livshistorie ble sett på som et verktøy for at helsepersonellet skulle etablere

forståelse for hvordan de skal behandle pasienten på en profesjonell måte. God opplæring hos personalet på hvordan de skal håndtere pasienter med demens er et godt verktøy å ha. Personalets kunnskap om demensomsorg ble beskrevet som en viktig del av jobben. Personalet visste hvordan de skulle reagere og distrahere engstelige pasienter; de trengte ikke bruke makt i omsorgssituasjoner. En sykepleier beskrev at administrering av beroligende medisiner til pasienter var sjelden, da de kjente til de farmakologiske bivirkningene. En sykepleier understreket viktigheten av å være et godt forbilde for andre ansatte på sykehjemmet. (Lejman et al., 2013, s. 257). Strategien til sykepleierne var å ha en god risikovurdering for individuell plan for å unngå skade eller når de kom nye pasienter til avdeling. Dette var for å fremme fysiske og kognitive funksjoner, sosialt fellesskap og bevegelsesfrihet (Lejman et al., 2013, s. 255). Konklusjonen i studien viser at selv om man har tvangsvedtak på pasienter prøver sykepleierne å unngå det, derfor er denne studien veldig relevant for min problemstilling. Videre forskning på personsentrert omsorg for mennesker med demens og på eksisterende alternative tilnærminger er nødvendig for å implementere hensiktsmessige sykepleiestrategier i omsorgen for eldre hos sykehjemsbeboere med alvorlig demens (Lejman et al., 2013, s. 260).

4.3 Artikkel 3

Tittel: A mixed method study of an education intervention to reduce use of restraint and implement person-centered dementia care in nursing homes

Forfatter: Frode F. Jacobsen, tone Elin Mekki, Oddvar Førland, Bjarte Folkestad, Øyvind Kirkevold, Randi Skår, Eva Marie Tveit og Christine Øye

Tidsskrift: BMC Nursing

Årstall: 2017

Metode: En norsk studie som brukte en blandet metode design som kombinerer kvantitative og kvalitative metoder. De kvalitative dataene ble samlet inn gjennom etnografisk feltarbeid og den kvalitative dataen gjennom intervjuer og analyse av 84 refleksjonsnotater fra åtte personer i de fire teamene som tilrettela intervensjonen. Studien så på personer på sykehjem med kognitive svekkelse og høy avhengighet er mest sannsynlig å bli håndtert med tvang.

Resultat: Det er behov for å redusere bruken av tvang i norske sykehjem og øke personsentrert omsorg og personalets bevissthet om alternativer for tvang (Jacobsen et al., 2017, s. 1). Forholdene mellom pasientene og ansatte på sykehjemmene som var med i studien var i gjennomsnitt 2,9 pasient per pleier, målt som faktiske pasienter og pleiere som var på vakt på en dagvakt i en ukedag i juni 2013. Det var 39,6 % sykepleiere, 52,9% hjelpepleiere og 5,4% assistenter på jobb. Utdanningsnivået var signifikant høyere i kontrollgruppen (Jacobsen et al., 2017, s. 5). Resultatet i studien viste de sykehjemmene som hadde god opplæring og utdanning av sine pleiere og da hadde mer personsentrert omsorg, var en forutsetning for å styrke tillitsskapende tiltak i demensomsorgen. Personalevaluering av lederskap forutsier en positiv forståelse av tilstedeværelsen av personsentrert omsorg i institusjonen. De etnografiske studiene gjør det klart, imidlertid at måten lederne er involvert på er viktig for suksess eller mangel på suksess implementeringen. Som et resultat av opplæringen klarte personalet å gi mer solide argumenter for eller mot bruk av tvangsmidler i hver eneste situasjon de evaluerte (Jacobsen et al., 2017, s. 9). Det viser seg at det ser ut som lederskap og personalkultur er sentrale faktorer for å fremme eller hindre personsentrert omsorg, en nødvendig forutsetning for tillitsskapende initiativer i personal-pasientforhold, basert på personsentrert omsorg. Med at studien har et fokus på personsentrert pasientforhold for å unngå tvang er denne en god studie for min problemstilling.

4.4 Artikkel 4

Tittel: Kampen for pasientens beste- sykepleierens opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens.

Forfatter: May- Hilde Garden og Solveig Hauge

Årstall: 2012

Metode: En kvalitativt livsverden- design Et design som fokuserer på hverdagsfenomenet som beskrives av hvordan menneskene opplever det. Det ble gjort individuelle dybde intervjuer med 8 sykepleier fra forskjellige institusjoner. Intervjuene varte mellom 45-72 min der sykepleieren ble spurt om konkrete hendelser hvor de måtte bruke tvang hvordan de kunne gjort annerledes.

Resultat: Denne studien ser på hvordan sykepleiere opplever å måtte bruke tvang på pasienter med demens. Resultatet viser at sykepleierne hadde en opplevelse av å ikke nå til og få pasienten til å forstå. De opplevde å ha skyldfølelse og at pasienten reagerte sterkt på tvangsbruken, samtidig tyder mye på at bruk av tvang henger sammen med manglende kunnskap og holdninger og at undervisning og veiledning av personale kan redusere bruken av tvang i sykehjem (Garden & Hauge 2012, s. 19). Studien viste også at opplevelsen av pasienten var annerledes fra sykepleier til sykepleier. Noen mente pasienten var tapt og andre mente personen med demens fortsatt var til stede, men at demenssykdommen medførte en tildekning av personen. Sykepleierne tenkte ulikt om pasientene kan ha medført forskjell i behandlingen av pasientene og hva som var den beste behandlingen. Det ble diskutert om at siden sykepleierne så pasienten på forskjellige måte kunne dette kollidere med livsverden mellom sykepleieren og pasienten (Garden & Hauge, 2012, s 20). Konklusjonen fra studien er at det er vanskelig og uklart hva som er pasientens beste i ulike situasjoner. Kampen om å få pasienten til å utføre forskjellige oppgaver kunne inneholde elementer av overgrep på av pasientens reaksjoner og førte til at sykepleierne opplevde både skyld, skam og sinne. Dessverre var det bare 8 sykepleier med i denne studien og kan derfor ikke generaliseres til demensomsorgen generelt, men har en overføringsverdi på grunn av studiens større geografiske område og sykepleiernes beskrivelser i stor grad sammenfallende (Garden & Hauge, 2012, s 21). Med at studien ser på hvordan kunnskap og opplæring av helsepersonell for å unngå tvang ble denne studien fin å bruke for min problemstilling.

5 Drøfting

I drøftingsdelen vil jeg belyse artiklene fra resultatdelen samt litteratur og andre kilder fra teoridelen. Jeg vil belyse dem i forhold til hvordan de svarer til min problemstilling om hvordan forebygge bruk av tvang hos mennesker med demens med tvangsvedtak i sykehjem.

5.1 Kommunikasjon som forebygger tvang

Det er i flere studier kommet frem at kommunikasjon med pasienter med demens er et viktig grunnlag for å forebygge tvang. Blant annet i studien «How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study» (Gjerberg, 2013, s. 632) skriver de at deres måte for å unngå tvang på var å bruke «distrahering» for å få pasienten over på andre tanker, det kunne være å fortelle om hvor fin pasienten var på håret eller spørre om familien. Det kan for eksempel være i en matsituasjon. For å unngå å tvinge pasienten å spise sier sykepleierne i studien at det å snakke om været eller andre nyheter mens de spiser pleier pasienten være mer villig til å spise maten. Ved å prate om andre ting hjelper helsepersonellet pasienten med å fokusere på andre ting enn det som foregår rett foran dem.

Eide (2017, s.330) skriver at enkelte pasienter ofte kan ønske å forlate sykehjemmet. De kan f.eks. si «Jeg vil hjem til mor» enda mor er død for mange år siden. Der noen mener det og virkelighets orientere pasienten er det beste, mener andre at dette vil ofte føre til tristhet, uro og i noen tilfeller aggresjon. For å unngå tvang i dette tilfellet og for å unngå å sperre døren for pasienten, kan man spørre pasienten om å fortelle om sin mor. Da «distraheres» pasienten med at hun skulle gå hjem, men samtidig ikke korrigerer hennes virkelighet, da dette kan føre til uro og forvirring (Eide, 2017, s.331). Travelbee skriver også om hvor viktig det er med god kommunikasjon med pasienter, hun skriver om å få kontakt og blir kjent med pasienten er grunnlaget for god kommunikasjon (Travelbee, 2018, s. 141). En sykepleier vil alltid kommunisere ut hva hun tenker og føler om pasienten uten å trenge å si noe, pasienten vil plukke opp om sykepleieren har «gode hensikter» eller «prøver og hjelpe». Hvis en sykepleier ikke har «gode hensikter» vil ikke sykepleieren klare å relatere til andre og kommunikasjonen vil stoppe opp (Travelbee, 2018, s. 147).

Noen av de spesifikke kommunikasjonsevnene Travelbee mener en sykepleier skal ha er blant annet å ha evnen til å observere og tolke observasjoner (Travelbee, 2018, s. 151). Med å observere kan man i flere tilfeller klare å unngå at for eksempel at pasienten blir sint eller utagerer. Med å kjenne pasienten og vite hvordan han/hun reagerer og observere hva signaler som blir sendt kan det hjelpe å avverge situasjonen. I Lejman (2013, s 256) så de på

bruken av mekaniske og ikke-mekaniske begrensninger. Informasjon om hvert enkelt behov og ønsker, personlighet og tidligere livserfaring var avgjørende for sykepleierens utforming av sykepleie. Dette gjaldt spesielt for daglig sykepleie og når tvang ble brukt. Sykepleierne beskrev hvordan oppmerksomhet på pasientens kroppssignaler og egenskaper avslørte hvor godt han/hun aksepterte pleien og lot sykepleieren tilpasse seg den enkeltes preferanser. Ifølge flere deltakere var det åpenbart at man burde spørre beboerne om tillatelse om foreslåtte sykepleietiltak. Mens i Gjerberg studien viser det å fortelle pasienten om hva som kommer til å skje og ikke spørre pasienten hva de ønsker de skal gjøre, blir pasienten i flere tilfeller mindre forvirret og gjør ofte hva de blir fortalt (Gjerberg, 2013, s. 636-637).

Det å kjenne pasienten var også noe viktig som kom opp i Gjerberg studien. Det å kjenne pasientens historie, kan gjøre det lettere å forstå det pasienten ønsker med blant annet mat, hygiene, osv., å kjenne til familiehistorien til pasienten kan hjelpe å forstå hvorfor pasienten reagerer på noen ting (Gjerberg, 2013, s. 638). I mange av fokusgruppene ble det å etablere et godt forhold til pasienten noe av det viktigste for å unngå tvang (Gjerberg, 2013, s. 638). Alle mennesker er forskjellige og hver enkelt person med demens må forstås og behandles som en unik person (Eide, 2017, s. 326). Noen av de andre spesifikke kommunikasjonsevnene som blir nevnt fra Travelbee er blant annet evnen til å tilrettelegge og styre interaksjonen for å nå visse mål, evne til å finne ut om kommunikasjonen når frem (Travelbee, 2018, s.151), evne til å forstå når en bør snakke og når en bør tie, evne til å vente og evne til å evaluere sin egen deltakelse (Travelbee, 2018, s. 152). Hvis en sykepleier ikke har et minimum kompetanse innen disse punktene om kommunikasjon mener Travelbee at sykepleierens mål og hensikt ikke vil klare å bli oppfylt (Travelbee, 2018, s. 152). Det handler mye om å kjenne pasienten og hvordan han/hun kan/vil reagere.

Når man jobber med pasienter med demens er kommunikasjon en viktig del av å avverge tvang. Pasienter med demens har en stor variasjon på hvordan de er rammet av sykdommen, der noen har god kommunikasjonsevne og andre har ikke (Eide, 2017, s. 327), så det er opp til sykepleieren å tilpasse seg pasienten. Å kommunisere er å skape mening sammen. For at en sykepleier skal få god kontakt med en pasient med demens må hun inn i deres verden for å gjøre mening (Eide, 2017, s.330), og i mange situasjoner skjer dette når en

sykepleier kjenner sin pasient og tilpasser seg han/henne. Mange pasienter med demens kan være urolige og da kan personorientert kommunikasjon (eksempelvis beroligende berøring) hjelpe til med å dempe uro og sinne og lede til ro og positive følelser (Eide, 2017, s. 326).

Sykepleieren må være tydelig i språket, bruke tid sammen med pasienten, og tilrettelegge. Det er viktig og grunnleggende å fortelle pasienten hva som kommer til å skje og bruke støttende verbal og nonverbal kommunikasjon (Vasset, 2021, s. 38). Fortell pasienten hva han/hun skal gjøre. For eksempel «Her er tannbørsten din. Nå kan du pusse tennene.» Når pasienten gjennomfører si gjerne: «sånn ja, det er fint» (Vasset, 2021, s. 38).

5.2 Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg kan ha stor effekt på pasienter med demens. Er pasienten veldig glad i musikk kan dette hjelpe på å få klare øyeblikk, for å få bedre kontakt med pasienten, og for få pasienten i bedre humør (Eide, 2017, s. 328). Jacobsen (2017, s. 8) skriver at med gruppesamtaler ved å ha fokus på personsentrert omsorg har bruken av tvang blitt redusert. De ansatte ble mer kunnskapsrike og ble i stand til å kunne se for seg hva pasienten kom til å gjøre og kunne forberede seg hvordan de kan håndtere situasjonen annerledes (Jacobsen, 2017, s. 8). For pasienter med demens er det viktig å ha en identitet, dessverre kan det være vanskelig når pasienten ikke husker hvor de kommer fra eller hvem man er. Det er da grunnleggende at helsepersonell hjelper med å holde fast på sin identitet gjennom å legge til rette for aktiviteter som pasienten har likt å holde på med tidligere. Igjen handler dette om å ha kunnskap om pasienten livshistorie og å få dette til (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 422).

Personsentrert omsorg som for eksempel en til en kontakt mente mange sykepleier fungerte bra i mange situasjoner. Når en pasient vandrer og det er tvangsvedtak på å stoppe pasienten fra å gå ut, så har det hatt effekt ved å ta en tur med pasienten og snakke om det pasienten liker å snakke om (Gjerberg, 2013, s. 637). Jeg har selv erfaring fra min praksis i sykehjem med å "stoppe" pasienter fra å gå ut ved å begynne å snakke med pasienten om ham/hennes interesser, og da styre hvor vi går. Ved å få fokuset til pasienten over på det de liker å snakke om merker de ikke at det er jeg som styrer hvor vi går.

Travelbee snakker om at ingen bør bli presset til å bruke en type teknikk, alle er forskjellig og en sykepleier vil ikke klarer å oppnå menneske- til- menneske- forhold og spontaniteten og naturligheten vil gå tapt (Travelbee, 2018, s. 154). Vi må tilpass oss pasienten og bruke oss selv terapeutisk. Det vil si at sykepleieren må ha kunnskaper som danner grunnlag for ferdighet og evne til å bruke kunnskapene for å oppfylle sykepleierens mål og hensikter (Travelbee, 2018, s. 154).

5.2.1 Rammer

Det kan selvfølgelig reises innvendinger i forhold til at enkelte mener at det å ha flere ansatte på jobb vil kunne hjelpe til å unngå tvang, ifølge Gjerberg (2013, s. 641) men det er ingen beviser som tilsier at å øke bemanningen vil unngå tvang på pasienter. Selv med flere ansatte på jobb og de vil ha mer tid til pasienten må også personale kjenne pasienten for å kunne håndtere innvendinger som pasienten kommer med (Gjerberg, 2012, 641).

Antallet eldre øker og i demensplanen 2025 fra Regjeringen sier at antallet personer med demens vil firedobles til 2040. Dette vil legge et ytterlig press på helsevesenet og mangel på arbeidskraft (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 25-26). Med flere eldre og mindre som betaler for velferden og prognosen viser at det bli stor mangel på fagfolk i de sentrale yrkene innen velferdsstaten (Braut & Aarheim, 2002, 2. 135). Regjeringen har derfor oppnevnt et utvalg som skal utrede konsekvensene av demografiutfordringer i distriktene for statlig, kommunal og privat sektor og komme med forslag til mulige løsninger. Det er allerede stort mangel på helsepersonell innen helse og omsorgen og det stilles store krav til lederne om planlegging, styring og organisering av tjenesten fremover. Det vil ikke hjelpe med å øke personalet alene, men også andre virkemåter må tas i bruk. Ressursene må utnyttes bedre, dette gjelder også generelle utviklingen av tjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 25-26). Det blir flere eldre med demens og ikke nok helsepersonell til å kunne dekke behovet, og hvordan disse utfordringene kommer til å bli løst er et svært sentralt spørsmål, det blir også diskutert hvordan et presset helsesystem vil kunne holde kravene etter lovverket om forsvarlig tjenesten til pasientene, men samtidig holde arbeidsforholdene gode nok for de tilsatte. Det vil da stilles større krav til opplæring til

både helsepersonell og pasientene og kanskje også oppgaveendringer mellom yrkesgrupper, for eksempel mellom sykepleiere og leger (Braut & Aarheim, 2020, s. 135-136). Det blir da ekstra viktig å bruke verktøyene for god helse til pasientene.

5.3 Verktøy for muligheter for forebygging

Pedagogisk måltider hadde en god effekt i Lejman studien der de ansatte var sammen med pasientene, telefoner ble lagt vekk og pårørende fikk beskjed om å komme før eller etter måltid. Dette hadde en god effekt på uro og vandring av pasienter og at de fikk i seg mat uten at personalet trengte å tvinge eller lure pasienten (Lejman et al, 2013, s. 257). Også viste studien det å ha aktiviteter med pasientene hadde en effekt på følelsen av å være sperret inne. Gå i gangen eller ut på tur, drikke kaffe og slå av en god prat, eller se gjennom bildesamling som pasientene har (Lejman, 2013, s. 257).

Verktøy som å prøve igjen seinere har vist gode resultater i Gjerberg studien. Når en pasient ikke ønsker å utføre en oppgave så kan sykepleieren heller å komme tilbake etterpå for å prøve igjen. Pasientens humør og situasjon kan endre seg raskt og derfor være klar til oppgaven litt seinere (Gjerberg et al, 2013, s. 637). Også bytting av personale har en effekt mener studien, men studien påpeker at den sykepleieren som har best kontakt med pasienten har ofte best sjans til å lykkes (Gjerberg, 2013, s. 637). Det har Lejman (2013, s. 257) også fått i sine resultater. Å kjenne pasientens historie hjelper ofte på å unngå tvang. Når helsepersonellet kjenner til livshistorien til pasienten et det lettere å forstå og hvordan man skal behandle pasienten (Lejam et al, 2013, s. 257).

Lejman (2013, s. 256) har også med i sin studie at når nye pasienter ankommer sykehjemmet skal sykepleierne lage en individuell plan og ta en risikovurdering av pasienten (Lejman et al., 2013, s. 256). Hensikten med en individuell plan er at pasienten skal få en langsiktig og helhetlig tenkning der det gjelder at pasienten trenger langvarig og koordinerte tjenester. En god individuell plan vil kunne gi en bedre samordning, forutsigbarhet og koordinering av tjenestene (Kirkevold, 2018, s. 110). Som skrevet i teoridelen har Regjering en demensplan som går til 2025 der personsentrert omsorg er satt i sentrum. Det er ønskelig at det skal utarbeides en verktøykasse for personsentrert omsorg til pasienter med demens (Helse- og

omsorgsdepartementet, 2020, s.13). Med tidlig tiltak i personsentrert omsorg med veiledning og tilrettelegging legges det til rette for egenmestring. Det er også viktig at pårørende får være med å tilrettelegge planen da ofte pårørende kan sikre avlastning, støtte og veiledning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s.8).

5.4 Kunnskap og ledelse

Det er diskutert i Gjerberg studien at det ofte i helgene blir utøvd mer tvang enn i ukedagene. Å ha riktig opplæring er en av de viktigste tiltakene for å unngå tvang, og ofte i helgene er det vikarer og egne helgevakter som ikke har den samme kompetansen som de som vanligvis er på vakt i ukedagene. Dette gjør at personalet som er på jobb i helgene ikke kjenner pasientens historie og vet hvordan pasienten kommer til å reagere på enkelte ting. Pasientene merker også at det er ukjente personer som er der og kan bli mer urolige, og i noen tilfeller aggressive (Gjerberg, 2013, s.641). I Garden & Hauge (2012, s. 18) studien blir det nevnt at hele 79% av avdelingene som var med i studien rapporterte daglig bruk eller hyppig bruk av tvang. Samtidig blir det sagt i studien at mye tyder på at bruken av tvang hang sammen med ansattes manglende kunnskap og holdninger. Det kan gi inntrykk av at det er akseptabelt med bruk av tvang i demensomsorgen, der de argumenterer med at det er nødvendig på grunn av at da kan de utøve helsehjelpen pasienten med demens, men det kommer frem i studien at med riktig undervisning og veiledning av personalet kan man redusere bruken av tvang (Garden & Hauge, 2012, s18). Også i Lejman (2013, s-257) ble det diskutert at med høy pedagogisk kunnskap hos helsepersonell i demensomsorgen hadde en god effekt på tvangsbruk. Helsepersonellet i avdelingen visste hvordan de skulle reagere og distrahere engstelige pasienter uten bruk av tvang, sykepleierne beskrev også at de forskrev mindre beroligende legemidler til pasienter pga. god kunnskap og opplæring i farmakologiske bivirkningene. En sykepleier i studien understreket viktigheten av å være et godt forbilde for andre ansatte på sykehjemmet (Lejman et al, 2013, s. 257). Helsedirektoratet har laget et e-læringskurs om pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4A. Kurset gir en innføring i lover og regler for pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp (Helsedirektoratet, 2018, §4A-1). Kurset kan finnes på

helsedirektoratet sine nettsider og kan brukes som en introduksjon til nye sykepleier i temaet i avdelingen og det kan brukes som oppfriskning for erfarne sykepleiere.

Lederskap og personalkultur ser ut til å være sentrale faktorer for å fremme eller hemme personsentrert omsorg og tillitsskapende tiltak. Fra Jacobsen (2017, s. 89) ble det analysert at når ledere var vekke fra jobb sank også oppmerksomheten på personsentrert omsorg. Lejman et al. (2013, s.257) støtter dette. De skriver i sin studie at når en leder viser seg i avdelingen, og står frem som et godt eksempel vil de ansatte gjøre som ham/henne.

5.5 Etikk og lover

Hva som er lov og ikke lov i visse situasjoner er ikke alltid like lett å vite, for en sykepleier er det da ekstremt viktig å sette seg inn i lovverket rundt pasientgruppen sin. Som sagt i teoridelen det det ikke lov å utøve tvang mot pasienten uten særskilt tiltak eller hjemmel (Molven, 2019, s. 134). Som helsepersonell skal man innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og be om bistand når det er behov. Helsepersonell skal utføre arbeidet sitt i samsvar med loven og de kravene til faglig forsvarlighet (Helsepersonelloven, 1999, §4). For å utøve tvang på pasienter må pasienten ha et vedtak over seg som tilsier hva som er lov å gjøre uten at pasienten samtykker til det. For at en pasient skal få tvangsvedtak mot seg i demensomsorgen er det visse vilkår om må oppfylles. Om pasienten motsetter seg hjelp og helsepersonell vet at pasienten kommer til å opprettholde sin motstand, kan helsepersonell søke om tvangsvedtak til statsforvalteren hvis helsehjelpen er nødvendig (Molven, 2019, s. 136). Dette kan være for eksempel når en pasient nekter å bli stelt eller ivareta sin personlige hygiene. Det er likevel viktig når en pasient motsier seg helsehjelp så må pasienten bli godt informert om konsekvensen av sine handlinger (Slettebø, 2018, s. 117). Å tvinge en pasient å gjennomføre en oppgave han/henne ikke ønsker å gjennomføre må alltid vurderes, en sykepleier bør ha kjennskap til pasienten, ha god sykepleie kunnskaper og ta en vurdering om det er etisk riktig å gjennomføre tvangen (Slettebø, 2018, s. 117). Når en sykepleier bruker tvang mot en pasient, skal dette journalføres. Både bruken av tillitsskapende tiltak som ble prøvd og bruken av tvang skal journalføres for at statsforvalteren skal kunne kontrollere vedtaket (Statsforvalteren, 2021).

Pasienter som er langvarig pleietrengende, har rett på å få utarbeidet en individuell plan. Pasient eller pårørende skal være med på å kunne gi innspill i denne planen (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2018, §16). Dette er for å sikre at pasienten får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud (Slettebø. 2018, s. 216). Helsepersonell skal ha faglig forsvarlighet når det gjelder å sette seg inn i lover og regler og de skal holde seg oppdatert.

Det er noen tilfeller i Lejman (2013, s. 253) studien at sykepleiere mener det er behov for tvang. Når pasientene sitter i en stol så blir noen i enkelte tilfeller satt i belte i stol eller det blir satt et bord foran stolen sånn at det ikke er mulig for pasienten til å reise seg. Dette argumentere de med at det er en nødvendighet for at de kan forlate rommet uten at pasienten reiser seg og dermed kan skade seg med å falle (Lejman et al., 2013, s. 253). Det samme gjelder for sengehester. Mange mener dette ikke er tvang, men så lenge pasienten blir holdt tilbake uten samtykke, er dette tvang. Sykepleierne i studien mente at risikoen for fall og skader var større enn konsekvensen for den fysiske tvangen (Lejman et al., 2013, s. 253). Mange sykepleiere og ledere står i sånne etiske dilemmaer hver eneste dag i en travel hverdag. Det er derfor viktig at alle som jobber med pasienter med demens tar opp utfordringer som de har, eller har hatt sånn at man kan lære av feil og mangler (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Ifølge studien til Gjerberg syntes ikke sykepleiere det er noe kjekt å håndtere pasienter med demens med tvang. De ønsker at tvang skal være siste utvei (Gjerberg, 2013, s. 640). Studien til Garden (2012, s. 21) blir det diskutert hvordan sykepleierne opplever å utøve tvang på pasientene. Sykepleierne som var med i studien sa at de opplevde å ha skyldfølelse og utilstrekkelighet ved bruk av tvang (Garden, 2012, s. 21).

Tid er ofte et etisk dilemma, det er ikke alltid tid til alt man ønsker å få gjort. Da må man prioritere, og når man prioriterer velger man noe bort. Prioritering i helse- og omsorgstjenesten er å sette ulike pasienter, pasientgrupper, behov og tiltak opp mot hverandre for å bestemme hvem som skal få hjelpen de trenger (Tønnessen, 2017, s. 189190). Det er ofte da pasientene som ikke «må» ha den spaserturen, men som hadde vært godt for pasienten og han/hennes personlig omsorg.

6 Konklusjon

Gjennom oppgaven har jeg belyst flere temaer for «Hvordan forebygge bruk av tvang hos mennesker med demens med tvangsvedtak i sykehjem.»

I drøftingsdelen belyses det hvordan helsepersonell skal unngå tvang på pasienter med demens. Kunnskap om lover og regler er noen noe helsepersonell må sette seg inn i for å håndtere pasienter med tvangsvedtak. Selv om vedtaket om tvang er der, er det viktig at forebyggende tiltak utføres før tvang blir utført. Kommunikasjon kan forebygge tvang på mange måter. Det å snakke med pasienten om det de liker, og deres interesser kan hjelpe til å «distrahere» pasienten for å klare å gjøre oppgaven som pasienten skal utføre. Det er en større sjanse for helsepersonell å klare å gjennomføre dette hvis de kjenner til pasienten og deres livshistorie. Kunnskap om demens og livshistorien til pasienten kan hjelpe for å unngå tvang i mange situasjoner, sammen med god kommunikasjon med pasienten. God opplæring er et viktig tiltak for å hindre tvang og sammen med at ledelsen går foran som et godt forbilde. Opplæring der man får lære om hvordan opptre og håndtere pasienten i ulike situasjoner kan forhindre tvang i flere situasjoner. Som sykepleier kommer man opp i etiske problemstillinger ofte, da er en god verktøykasse med å håndtere ulike situasjoner godt å ha.

Det er ikke alltid mulig å unngå tvang i alle situasjoner, men med riktig verktøy og kunnskap om tiltak for å forhindre det kan hverdagen for pasienten og sykepleieren bli mye bedre. Jeg mener med personsentrert omsorg og god opplæring kan vi komme langt med denne pasientgruppen.

7 Litteraturliste

I dette kapitlet har jeg alle kildene jeg har brukt i oppgaven min

Aldring og helse. (2016). *Implementering av personsentrert omsorg.*

<https://butikk.aldringoghelse.no/file/digitalarkiv-nettbutikk/temahefteimplementering-vips-2016-web.pdf>

Aldring og helse. (u.å.). *Demens*. Hentet 3. mars 2022 fra

<https://www.aldringoghelse.no/demens/>

Aldring og helse. (u.å.). *Demensomsorg 1*. Henter 10. mars 2022 fra

<https://abc.aldringoghelse.no/opplaering/demensomsorg/grunnperm/demensomsorg-1/>

Braut, G. S & Aarheim, K. A. (2020). *Det norske helsesystemet: Ei innføring i organisering, styring og politikk*. Det Norske Samlaget

Brodtkorb, K. (2018). Stellet – mulighetens arena. I M. Kirkevold, K. Brodtkor & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God Omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg., s. 174-183). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2018). Helsetjeneste til eldre. I M. Kirkevold, K. Brodtkor & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God Omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg., s. 197-209). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, O. (2019). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personsentrering, samhandling, etikk*. (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS

Folkehelseinstituttet. (2010, 23.Februar). *Demens*.

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

Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator* (FOR-2011-12-16-1256). Lovdata

<https://lovdata.no/forskrift/2011-12-16-1256/§16>

Gjerberg, E., Hem, M. H., Førde, R., Pedersen, R. (2013). *How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study*. 20(4), artikkel 6.

<https://doiorg.ezproxy.vid.no/10.1177/0969733012473012>

Helsebiblioteket. (2019, 10. oktober). *Demens – hva er demens*.

<https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/nevrologi/alzheimers-sykdomog-andre-typer-demens>

Helsedirektoratet. (2018, 01. januar). *4A. Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv.*

<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-medkommentarer/helsehjelp-til-pasienter-uten-samtykkekompetanse-sommotsetterseg-helsehjelpen-mv#paragraf-4a-1-formal>

Helsedirektoratet. (2019, 27. november). *Om demens: årsaken til demens*.

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

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Demensplan 2025* (I-1205 B).

<https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata.

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/20110624-30#KAPITTEL_3

Jacobsen, F. F., Mekki, T. E., Førland, O., Folkestad, B., Kirkevold, Ø., Skår, R., Tveit, E. M & Øye, C. (2017). A mixed method study of an education intervention to reduce use of restraint and implement person-centered dementia care in nursing homes. *BMC Nursing*. 16(1), 1-11. [https://doi.org/ 10.1186/s12912-017-0244-0](https://doi.org/10.1186/s12912-017-0244-0)

Kirkevold, M. (2014). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering*. (2. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS

Lejman, L., Westerbotn, M., Pöder, U. & Wadensten, B. (2013). The ethics of coercive treatment of people with dementia. *Nursing Ethics*, 20(3), 248-262.
<https://doi.org/10.1177/0969733012463721>

Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballars, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Mansfield, J. C., Cooper, C., Costafreda, S., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L., Howard, R., Kales, H., Kivimäki, M., Rockwood, K., Sampson, E.,... Mukadam, N. (2020). The Lancet. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. 396(10248), 413- 446.
[https://doi.org/10.1016/S01406736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S01406736(20)30367-6)

Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus*. (6.utg.) Gyldendal Norsk Forlag AS

Norsk sykepleierforbund. (u.å.). *Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp*. Hentet 18. mars 2022 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/faglig-forsvarlighet-og-omsorgsfull-hjelp>

Pasient- og brukerrettigheter. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettighetsloven (LOV-2006 12-22-99)*. Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§4a-1>

Skovdahl, K., (2018). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkor & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God Omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg., s. 408-437). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Slettebø, Å., (2017). Etske dilemmaer. Brinchmann, B. S. (Red.), *Etikk i sykepleie*. (4 utg., 43 53). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Slettebø, Å., (2018), Juridiske rammer og etiske utfordringer. I M. Kirkevold, K. Brodtkor & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God Omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg., s. 408-437). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Statsforvalteren. (2021, 10. desember). *Tvang*.
<https://www.statsforvalteren.no/nb/portal/Helse-omsorg-og-sosialtjenester/Tvang/>

Statsforvalteren. (2021, 20. oktober). *Helsepersonell må journalføre tillitsskapende tiltak og bruk av tvang*. <https://www.statsforvalteren.no/nb/vestland/helse-omsorgogsosialtjenester/tvang/helsepersonell-ma-journalfore-tillitsskapende-tiltakogbrukav-tvang/>

Store medisinske leksikon. (2021, 24 november). *Tvang*. <https://sml.snl.no/tvang>

Thidemann, I-J. (2015). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving. (2. utg.). Universitetsforlaget

Travelbee, J., (2018). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag AS

Tønnessen, S. (2017). Prioriteringer i sykepleie. Brinchmann, B. S (Red.). *Etikk i sykepleie*. (4. utg., s.187-221). Gyldendal Norsk forlag AS

Vasset, F. P. (2021). Kommunikasjon med eldre mennesker som har kognitiv sykt/demenssykdom. I F. P Vasset & S. I Molnes (Red.), *Kommunikasjon i klinisk og sosialt arbeid* (s. 36-43). Fagbokforlaget.

World Health Organization. (2017). Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1092215/retrieve>

Wyller, V. (2016). *Frisk – Cellebiologi, anatomi, fysiologi* (3. utg.). Cappelen Damm akademisk.

Wyller, V. (2016). *Syk 2 – Mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi, klinisk medisin* (3. utg.). Cappelen Damm akademisk.